

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE AUTODETERMINACIÓN PARA LA CONDUCTA SEXUAL
DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Por

MCE. NANCY RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE AUTODETERMINACIÓN PARA LA CONDUCTA SEXUAL
DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Por

MCE. NANCY RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

Director de Tesis

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE AUTODETERMINACIÓN PARA LA CONDUCTA SEXUAL
DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Por

MCE. NANCY RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

Co-Director de Tesis

DR. JORGE ISABEL ZAMARRIPA RIVERA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE AUTODETERMINACIÓN PARA LA CONDUCTA SEXUAL
DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Por

MCE. NANCY RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

Asesor Estadístico

DR. JORGE ISABEL ZAMARRIPA RIVERA

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2021

MODELO DE AUTODETERMINACIÓN PARA LA CONDUCTA SEXUAL
DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Aprobación de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Director de Tesis y Presidente

DCE. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

1er. Vocal

Dr. Jorge Isabel Zamarripa Rivera

2do. Vocal

DCE. Sandra Paloma Esparza Dávila

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado durante la realización de mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería (FAEN) y mi directora de tesis, por compartir su amplio conocimiento y experiencia en investigación, por su motivación constante, por su calidez y por ser un ejemplo a seguir como persona y como profesional de enfermería.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la FAEN por la oportunidad y apoyo brindado.

Al Dr. Jorge I. Zamarripa Rivera, por su ayuda, su colaboración y por compartir su experiencia y conocimientos de investigación que contribuyeron a la realización de mi tesis.

A mi jurado de tesis, Raquel A. Benavides Torres, PhD, la Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez y la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila, por sus valiosas aportaciones para fortalecer este proyecto.

A la Dra. María Carolina Morales Borrero, por su ayuda y por compartir sus conocimientos en investigación para enriquecer mi proyecto de tesis y a los profesores de la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá por su recibimiento durante mi estancia de investigación.

A los docentes y personal administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por su contribución en mi formación académica.

A mis compañeros de grupo por compartir este trayecto y por el apoyo que nos brindamos incondicionalmente.

Dedicatoria

A Dios, por la reciente oportunidad de vida que me regaló, para permitirme disfrutar y valorar la vida y la hermosa familia que me concedió.

A mis papás, Sra. Liliana y Sr. Juan Roberto, les estaré agradecida siempre, por la motivación para continuar en este camino, por el apoyo incondicional que me han brindado toda la vida y por estar al pendiente de mi salud, de mis hijos y mi esposo.

A mi esposo José Luis por su comprensión y apoyo absoluto, por la motivación de cada día y ser mi ejemplo de superación y por compartir el mismo proyecto de vida personal y profesional. También por su amor y sus cuidados cuando más lo necesito.

A mis hijos Ilse Andrea, Hassan Gael y Gisela, por los pequeños o grandes sacrificios que han hecho para ayudarme y apoyarme, por soportar todos los momentos de estrés y las horas interminables de trabajo, son el motivo de mi perseverancia y lo más hermoso que tengo. Confío en que los logros de sus padres serán un buen ejemplo de superación profesional para ustedes.

A todos mis detractores, porque se convirtieron en una fuente de inspiración para continuar en este largo y difícil proceso.

“Si se siembra la semilla con fe y se cuida con perseverancia, solo será cuestión de tiempo recoger sus frutos”

Thomas Carlyle

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico Conceptual	10
Teoría de Rango Medio: Autodeterminación para la Conducta Sexual de Prevención del Embarazo en la Adolescencia	19
Estudios Relacionados	35
Definición de Términos	66
Objetivo General	69
Capítulo II	
Metodología	70
Diseño del Estudio	70
Población, Muestreo y Muestra	70
Criterios de Inclusión	71
Criterios de Eliminación	71
Instrumentos de Medición	71
Procedimiento de Recolección de Datos	78
Consideraciones Éticas	80
Estrategia de Análisis de Datos	81
Capítulo III	
Resultados	84
Características Sociodemográficas	84
Características sobre Sexualidad y Anticonceptivas	84
Propiedades Psicométricas de los Instrumentos de Medición del MACSPEA	88
Análisis de Correlación de las Variables del Estudio	115

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Modelo de Medida	117
Modelo de Ecuaciones Estructurales de la Autodeterminación para la Conducta Sexual de Prevención del Embarazo en la Adolescencia	119
Capítulo IV	
Discusión	129
Limitaciones del Estudio	142
Conclusiones	142
Recomendaciones	145
Referencias	147
Apéndices	
A. Tabla de Derivación Teórica	170
B. Cédula de Datos Personales	182
C. Escala de Conocimientos en Salud Sexual y Salud Reproductiva	183
D. Instrumento de Comunicación sobre Temas Sexuales	184
E. Índice de Aspiraciones en la Vida	186
F. Escala de Satisfacción y Frustración de las Necesidades Psicológicas Básicas (ESFNPB)	188
G. Cuestionario de Regulación de la Conducta (BREQ-3)	190
H. Escala de Prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva	192
I. Carta de Consentimiento Informado	193
J. Consentimiento Informado Adaptado para la Modalidad en Línea	195

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Medidas de tendencia central y prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors de las variables edad, edad de IVS y número de parejas sexuales por sexo	85
2. Uso de diferentes métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales por sexo	85
3. Métodos anticonceptivos que han usado en las relaciones sexuales por sexo	86
4. Método anticonceptivo usado en la última relación sexual por sexo	87
5. Coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach	88
6. Datos descriptivos de los instrumentos y prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors	90
7. Datos descriptivos de los reactivos de la escala de conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva	92
8. Datos descriptivos de los reactivos que miden la comunicación sexual con el padre	93
9. Datos descriptivos de los reactivos que miden la comunicación sexual con la madre	94
10. Datos descriptivos de los reactivos que miden la comunicación sexual con los amigos	94
11. Datos descriptivos de los reactivos que miden la comunicación sexual con la pareja	95
12. Datos descriptivos de los factores del instrumento de comunicación sobre temas sexuales	96
13. Datos descriptivos de los reactivos que miden las metas en la vida intrínsecas	98

Lista de Tablas

Tabla	Página
14. Datos descriptivos de los reactivos que miden las metas en la vida extrínsecas	99
15. Datos descriptivos de los factores que componen el índice de aspiraciones en la vida	101
16. Datos descriptivos de los reactivos que miden la satisfacción de las NPB	103
17. Datos descriptivos de los reactivos que miden la frustración de las NPB	104
18. Datos descriptivos de los factores que componen la ESFNPB	106
19. Datos descriptivos de los reactivos del cuestionario de regulación de la conducta BREQ-3	108
20. Datos descriptivos de los factores que componen el cuestionario regulación de la conducta BREQ-3	110
21. Datos descriptivos de los reactivos de la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva	112
22. Análisis de correlaciones de las variables de estudio	116
23. Diferencia de medianas de las variables comunicación sexual y conducta sexual de prevención del embarazo de acuerdo al sexo mediante la prueba U de Mann-Whitney	124

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Continuo de autodeterminación	12
2. Modelo jerárquico de la motivación de Vallerand y Rousseau (2001)	17
3. Modelo de autodeterminación para la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia MACSPEA	32
4. Estructura conceptual-teórico-empírico	34
5. Análisis factorial confirmatorio del instrumento de comunicación sobre temas sexuales	97
6. Análisis factorial confirmatorio del índice de aspiraciones en la vida	102
7. Análisis factorial confirmatorio de la ESFNPB	107
8. Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de regulación de la conducta BREQ-3	101
9. Análisis factorial confirmatorio de la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva	114
10. Modelo hipotetizado del MACSPEA	118
11. Modelo alternativo del MACSPEA	121
12. Solución estandarizada del modelo alternativo del MACSPEA	123
13. Modelo final del MACSPEA	128

Resumen

Nancy Rodríguez Vázquez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2021

Título del estudio: MODELO DE AUTODETERMINACIÓN PARA LA CONDUCTA SEXUAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Número de páginas: 195

Candidata a Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Propósito y Método del Estudio: Determinar la influencia de los factores personales, la comunicación sexual, metas en la vida intrínsecas y extrínsecas, satisfacción y frustración de las necesidades psicológicas básicas (NPB) y la motivación autodeterminada, sobre la conducta sexual de prevención del embarazo. Se utilizó como marco teórico el modelo jerárquico de Vallerand basado en la Teoría de la Autodeterminación (TAD). El diseño del estudio fue descriptivo correlacional con prueba de modelo de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 1981 adolescentes de ambos sexos, de 18 y 19 años, con un tamaño de muestra de 620. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se realizaron mediciones en línea mediante una cédula de datos personales y seis instrumentos, los cuales presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables. Los objetivos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial, además se realizaron análisis factoriales confirmatorios y ecuaciones estructurales.

Contribución y Conclusiones: Se planteó un modelo alternativo para correr el modelo propuesto, el cual obtuvo índices de bondad de ajuste satisfactorios ($\chi^2 = 5975.59$, $p < .001$, $\chi^2/df = 3.19$, NNFI = .93, CFI = .93, RMSEA = .06, SRMR = .07). Se determinó que, a mayor comunicación sexual con el padre, menores metas en la vida intrínsecas ($\beta = -.17$, $p < .001$), mientras que la comunicación sexual con la madre, aumenta las metas en la vida intrínsecas ($\beta = .16$, $p < .001$) y disminuye las extrínsecas ($\beta = -.09$, $p < .001$). La comunicación sexual con los amigos aumenta las metas en la vida intrínsecas ($\beta = .15$, $p < .001$) y las extrínsecas ($\beta = .20$, $p < .001$); a mayor comunicación sexual con los amigos mayor satisfacción de las NPB ($\beta = .28$, $p < .001$) y menor motivación autodeterminada ($\beta = -.14$, $p < .05$). A mayor comunicación sexual con la pareja mayor satisfacción de las NPB ($\beta = .14$, $p < .05$). A mayor satisfacción de las NPB, mayor motivación autodeterminada ($\beta = .45$, $p < .001$), la motivación autodeterminada se relaciona con la conducta sexual de prevención del embarazo ($\beta = .64$, $p < .001$). Estos resultados permitieron conocer la interacción de las variables relacionadas a la motivación autodeterminada que pueden favorecer o perjudicar la prevención de embarazo en el adolescente, por lo que la motivación autodeterminada conlleva a la conducta sexual de prevención del embarazo en el adolescente, consistente con las proposiciones del modelo de Vallerand y la TAD. Para futuras intervenciones se sugiere utilizar variables orientadas a la mejora de la calidad de la comunicación sexual parental y al conocimiento sobre prevención del embarazo y sexualidad.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El embarazo en adolescentes es un problema prioritario de salud pública; de acuerdo con los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), 16 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad y alrededor de un millón de menores de 15 años procrean hijos cada año. A nivel mundial las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años de edad; conjuntamente cada año, alrededor de 3 millones de mujeres de ese grupo de edad se someten a abortos peligrosos.

En México, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), reporta que existen 13 700 000 adolescentes de 12 a 17 años de edad, de los cuales 6 700 000 son hombres y 6 500 000 son mujeres, y corresponden al 35.8% de la población menor de 18 años de edad del país (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018c) y el 7.8% de las adolescentes de 12 a 19 años ya han procreado (INEGI, 2015). Lo anterior, coloca a México en el primer lugar de embarazo adolescente en Latinoamérica y el segundo lugar en el mundo, esto de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico ([OCDE], 2017). La mortalidad materna en menores de 20 años de edad se registró en 27.9 por cada 100 mil nacidos vivos, similar al grupo de mujeres de 20 a 24 años de edad (26.4) (INEGI, 2015).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ([ENADID], 2018), la tasa de fecundidad adolescente disminuyó en el trienio 2015-2017 de 77 a 70.6 nacimientos anuales por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. Mientras que el INEGI (2018b) reporta la tasa de fecundidad del año 2010 al 2018, una disminución de 66.8 a 65 hijos nacidos vivos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. En cuanto a las tasas de nacimientos por estados del país, destacan Coahuila (20.5%),

Chihuahua (20.4%) y Durango (19.8%) con las mayores tasas de nacimientos registrados en madres adolescentes menores de 20 años de edad. Durante los años 2016 y 2017 Coahuila se ha posicionado en el primer lugar de embarazo adolescente con 21.7% y 20.8% respectivamente (INEGI, 2018d).

En el año 2018, el inicio de vida sexual (IVS) en México se reportó a los 17.5 años de edad en las mujeres (INEGI, 2018b), mientras que estudios realizados con mujeres y hombres adolescentes el IVS se reportó a los 15 o 16 años de edad (Contreras et al., 2017; Palacios & Álvarez, 2018; Guerra, Gil, Olivares, Cepeda, Hernández, & Martínez, 2019). Así mismo, la secretaría general del Consejo Nacional de Población ([CONAPO], 2015), informó que 842 117 adolescentes acudieron a los servicios de salud sexual, y de estos, sólo el 23.9%, solicitó un método de prevención de embarazo. El 59.9% de los adolescentes de 15 a 19 años usaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual (INEGI, 2018a). La proporción de embarazos no planeados o no deseados aumentó de 40.4% en 2009, a 48.5% en 2014, en las adolescentes de 15 a 19 años de edad que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta (INEGI, 2017).

La OMS ubica a la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad, se consideran dos fases: adolescencia temprana de los 12 a los 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19 años. La adolescencia se define como un “periodo de crecimiento y desarrollo humano que se origina después de la niñez y antes de la edad adulta, siendo una de las etapas de transición más importantes del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios” (OMS, s.f.). Por lo tanto, es una etapa de gran participación en comportamientos de riesgo para la salud como la actividad sexual, la cual, si se inicia a edad temprana y sin protección, incrementa el riesgo de embarazo (O'Donnell, O'Donnell, C., & Stueve, 2001).

El embarazo adolescente se define como un tipo de gestación prematura y por lo tanto de riesgo, debido a las posibles complicaciones en este periodo y en el parto,

producto de su inmadurez biológica, así como a la falta de cuidados de calidad y/o un costo elevado de ellos. Estos aspectos determinan el incremento en el riesgo de sufrir posibles lesiones, hemorragias, infecciones, abortos, eclampsia o complicaciones de enfermedades precursoras del embarazo que agravan en las adolescentes y pueden desencadenar la mortalidad materna e infantil (OMS, 2020).

El embarazo en la adolescencia repercute no solo en la salud física de la madre y del hijo, sino en aspectos importantes para ambos padres adolescentes como en la educación, que ocasiona bajo rendimiento y deserción escolar la cual aumentó de 17.7% de las embarazadas menores de 18 años a 30.7% de las embarazadas menores de 15 años. En cuanto a la economía, sólo el 8.3% de las adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron un hijo en el año 2011 cuenta con una actividad remunerada, lo que refleja la falta de oportunidades laborales y de ingresos económicos (Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes [ENAPEA], 2015).

Cabe mencionar que algunas adolescentes que se embarazan, desean tener un hijo, ante la falta de oportunidades tanto académicas como laborales, además viven en un contexto donde ser madre es el rol de las mujeres mayormente valorado dentro de sus comunidades o familias. En México, alrededor de la mitad de todos los embarazos no son planeados (Juárez, Singh, Maddow-Zimet, & Wulf, 2013); esto se refleja en los motivos principales de las adolescentes que tuvieron IVS antes de los 20 años y que no usaron un método anticonceptivo; entre ellos destacan no conocer los métodos y no saber dónde obtenerlos o cómo usarlos (36.2%), no planeaban tener relaciones sexuales (22.5%), deseo de embarazarse (20.3%), no creyeron que podían quedar embarazadas (12.2%), entre otras razones (8.8%) (INEGI, 2017).

Para promover la salud sexual de los adolescentes e impedir las consecuencias por causas relacionadas con el embarazo, se debe trabajar en la prevención de conductas sexuales de riesgo. Por lo que mujeres y hombres adolescentes, necesitan información, educación sexual integral, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, aumentar el

uso de anticonceptivos para evitar el riesgo de embarazo involuntario, así como un entorno libre de explotación y de abusos que les ofrezca seguridad y apoyo (OMS, s.f.).

De acuerdo a la revisión de literatura, existen diversos factores de tipo personal y socio-contextual que conllevan al embarazo en adolescentes. Dentro de los factores de tipo personal se ha identificado el sexo, la edad de IVS y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso. Respecto al sexo, se recomienda que todas las personas en edad reproductiva, incluidos los hombres adolescentes, reciban servicios de prevención del embarazo (Gavin et al., 2014), debido a que muchos hombres adolescentes tienen falta de conocimiento indispensable para prevenir (Borrero, Farkas, Dehlendorf, & Rocca, 2013).

Lo anterior se confirma con el deficiente uso del condón y la falta de conocimiento sobre el uso de anticonceptivos de la pareja (Marcell et al., 2016). Referente al IVS, los adolescentes inician a los 15 años de edad o antes (Mbadu, Gahungu, Wood, & Bertrand, 2018; Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016; Palacios & Álvarez, 2018), lo cual propicia la falta de uso, uso inconsistente y/o incorrecto del condón y otros métodos anticonceptivos (Chiliquinga, Salazar, Riofrio, & Loaiza, 2021).

En cuanto al conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso, se recomienda que cada adolescente tenga al menos conocimientos básicos sobre como sucede la reproducción, y de un método anticonceptivo como mínimo (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2016). Además, los adolescentes presentan dificultades para acceder a condones y anticonceptivos, por timidez, estigma, costo elevado o centros de salud distantes donde los puedan adquirir (Lemoine, Teal, Peters, & Guiahi, 2017; Mbadu, Gahungu, Wood, & Bertrand, 2018).

La OMS (2018) señala que los adolescentes pueden utilizar los mismos métodos anticonceptivos que los adultos y deben tener acceso a las distintas opciones anticonceptivas. Aumentar el acceso a anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés) es una forma de disminuir las tasas de embarazo en

adolescentes, ya que los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes son el tipo de LARC de mayor eficacia con un error del 0.5% para el DIU y de 0.2 a 0.8% para los implantes, haciéndolos de mejor opción para las adolescentes debido a que no requieren recordar usarlo o tomarlo (Centers for Disease Control and Prevention [CDCP], 2015).

Los anticonceptivos hormonales como el diafragma, anillo, parche, píldoras e inyectables tienen una eficacia entre el 88 al 94%. Seguidos por los métodos de barrera como el espermicida, esponja, coito interrumpido, condón femenino y masculino con eficacia del 72 al 82% en este orden, y los métodos basados en el conocimiento de fertilidad con 76% de eficacia (CDCP, 2015). Respecto al condón, el uso correcto y consistente es una medida efectiva del 98% para la prevención del embarazo (Trussell, 2011); sin embargo, es común que los adolescentes no lo usen (Lemoine et al., 2017; McLaurin, Lashley, & Marshall, 2017; Woodhams, Sipsma, Hill, & Gilliam, 2018).

Respecto a los factores de tipo socio-contextual, la familia, amigos y pareja juegan un rol fundamental (Cancino & Valencia, 2015; Pérez, Ortiz, Landgrave, & Avilés, 2015). En relación con la familia, se ha identificado que la desintegración familiar, imagen paterna ausente o negativa, muerte o abandono de figuras significativas y baja escolaridad de los padres, se constituyen en factores de riesgo (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016; Trinidad, Chávez, Carrasco, & Sánchez, 2015).

La literatura reporta que el IVS temprana y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes se han vinculado con los estilos parentales, el monitoreo parental y la comunicación sexual. Los estilos parentales pueden aplicar como factores protectores o de riesgo; el estilo parental permisivo, el excesivamente autoritario, o el sobreprotector, son los que se han relacionado con el embarazo en la adolescencia (Pérez, Ortiz, Landgrave, & Avilés, 2015). Sin embargo, otros autores han reportado que los estilos parentales de ambos padres no se asocian con la conducta sexual de riesgo, se ha identificado mayor tendencia del estilo parental de la madre. Los autores refieren que

actividades parentales como el monitoreo y la comunicación sexual tienen un mayor efecto positivo en la conducta sexual de los adolescentes (Moral & Garza, 2017).

El monitoreo parental, el cual incluye el control y supervisión de los padres sobre las actividades de sus hijos; así como la comunicación sexual parental, se han asociado con el IVS tardío, abstinencia en la actividad sexual, aumento en las prácticas sexuales protegidas e incremento del uso de anticonceptivos de una forma positiva (Esparza, Dimmitt, Moreno, Tovar, & Flores, 2017). Sin embargo, el monitoreo parental y la comunicación sexual parental no se relacionan de forma significativa entre sí (Klein, Becker, & Štulhofer, 2018).

La comunicación sexual parental puede estar condicionada al conocimiento de la sexualidad, la imposibilidad de iniciar y conservar una plática, las creencias y los valores familiares que restringen la comunicación de padres a hijos (Hardy, Dollahite, Johnson, & Christensen, 2015; Moilane, 2015). La influencia de los amigos se ha asociado positiva y negativamente con la práctica sexual. Se ha identificado que la aprobación o permisividad y la presión, influyen para tener actividad sexual (Rivera & Proaño, 2017; Waterman, Wesche, & Lefkowitz, 2018). Así mismo, la información que reciben los adolescentes sobre conducta sexual por parte de los amigos se ha relacionado con conductas de riesgo (Alhassan & Doodoo, 2020; Widman, Choukas, Noar, Nesi, & Garrett, 2016).

En cuanto a la pareja, la falta de asertividad sexual está relacionada con la deficiente negociación del uso de anticonceptivos y la mala comunicación (Cancino & Valencia, 2015; Widman, Golin, Kamke, Burnette, & Prinstein, 2018), así como no poner límites y reglas en el noviazgo (Lewin, Mitchell, Hodgkinson, Gilmore, & Beers, 2014). Además, las relaciones monógamas donde existe confianza en la pareja pueden incrementar el riesgo de embarazo adolescente (McLaurin, Lashley, & Marshall, 2017).

La mayoría de los estudios vinculados con este fenómeno se han centrado en analizar factores de tipo personal y socio-contextuales como los señalados previamente.

Sin embargo, pocos estudios han vinculado variables de tipo psicológico que ayuden a explicar su efecto en la prevención del embarazo en esta etapa de la vida. la falta de responsabilidad con metas concretas (Winkler, Pérez, & López, 2005) y la maternidad como proyecto de vida (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2015; Williamson, 2013) se consideran factores psicológicos de riesgo para el embarazo adolescente.

Un factor de tipo psicológico es la motivación autodeterminada, la cual es la capacidad de la persona para tomar decisiones y medidas congruentes por sí mismo, obteniendo el resultado de sus propias acciones, a partir de una motivación intrínseca o extrínseca. La motivación intrínseca es cuando la persona realiza un comportamiento de forma espontánea porque se aprecia a sí mismo y tiene confianza en lograr un comportamiento elegido, y no debido a presiones externas como lo es la motivación extrínseca (Deci & Ryan, 2012), siendo ambos tipos de motivación importantes para lograr resultados positivos.

La motivación autodeterminada se ha utilizado para explicar cómo las motivaciones ejercen un efecto en la conducta a partir de las necesidades psicológicas básicas (NPB) de autonomía, competencia y relación y los objetivos de vida que se clasifican en aspiraciones intrínsecas y extrínsecas. Las NPB reflejan satisfacción o frustración con la vida y son influenciadas por factores sociales los cuales predicen el tipo de meta y motivación (Deci & Ryan, 2008; 2012). Los objetivos de vida se refieren al establecimiento de objetivos a largo plazo para dirigir las actividades de la persona (Deci & Ryan, 2008; Kasser & Ryan, 1996), por lo que cuando la persona tiene satisfechas sus NPB, posee mayores aspiraciones intrínsecas y por lo tanto una mayor motivación autodeterminada (Deci & Ryan, 2008).

Por lo anterior, la motivación autodeterminada lleva a la persona a realizar un mayor apego a conductas protectoras en la prevención de conductas de riesgo de los adolescentes. Un ejemplo de ello se relaciona con la paternidad (Riley & McDermott,

2018; Soenens, Deci, & Vansteenkiste, 2017) y la conducta sexual (Crockett & Beal, 2012; Riley & McDermott, 2018), donde la motivación autodeterminada actúa en la prevención y abstinencia de conductas de riesgo, lo cual podría mejorar los esfuerzos de prevención del embarazo.

El embarazo en la adolescencia es el resultado de una conducta sexual de riesgo que a la fecha se ha incrementado considerablemente. Al ser la autodeterminación un factor protector para las conductas de riesgo es relevante para el presente estudio identificar la motivación autodeterminada de los adolescentes para lograr una conducta sexual de prevención del embarazo, esto debido a que cuando un adolescente es autodeterminado elige el comportamiento de abstenerse de relaciones sexuales o usar un método anticonceptivo, porque siente que es importante para su vida y no porque se siente obligado a realizar la acción (Riley & McDermott, 2018).

Cabe mencionar que se han identificado programas dirigidos a la prevención del embarazo en edad temprana, así como algunas intervenciones, estos se han enfocado en conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, identificación y/o modificación de actitudes sobre el riesgo de embarazo (ENAPEA, 2015; Sanz, López, Álvarez, & Álvarez, 2018) y la educación sexual por pares y en la comunidad (Lavielle et al., 2014). No obstante, sus resultados no han sido los más efectivos, esto de acuerdo con las cifras de embarazo reportadas en este grupo poblacional, lo que demanda la necesidad de realizar un mayor número de estudios que analicen otros aspectos que pueden ayudar a explicar qué factores son los que están asociados con la prevención del embarazo (Sanz, López, Álvarez, & Álvarez, 2018).

Por lo anterior, al ser una prioridad de salud prevenir el embarazo en adolescentes, el profesional de enfermería juega un rol fundamental en la prevención y en la promoción de la salud sexual a través de la participación en la gestión y la educación que se brinda a los adolescentes sobre su sexualidad (Benavides, Castillo, López, & Onofre, 2013) y sobre las implicaciones que puede traer no solo para la mujer,

sino también para el hombre adolescente ya que manifiesta necesidades de prevención de embarazo no satisfechas (Marcell et al., 2016), así como para sus familias incluido el hijo, al ser padres en esta etapa de la vida. Por lo que la prevención del embarazo tiene un impacto positivo sobre la salud sexual de los adolescentes (Noguera & Alvarado, 2012).

En la prevención del embarazo, el trabajo multidisciplinario entre profesionales de enfermería y psicología se considera relevante debido a que permite integrar factores de tipo personal, socio-contextual y psicológico, lo cual apoya al desarrollo de estrategias efectivas para la prevención del embarazo. Por lo que el propósito del presente estudio es probar un modelo de autodeterminación donde se integren factores personales, socio-contextuales y psicológicos que ayuden a explicar su efecto en la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia.

Marco Teórico Conceptual

El sustento del presente estudio es el modelo jerárquico de Vallerand (1997), el cual se basa en la Teoría de la Autodeterminación (TAD) de Deci y Ryan (1985), la cual es una macro-teoría compuesta de seis mini-teorías (necesidades psicológicas básicas [NPB], evaluación cognitiva, integración organísmica, orientaciones causales, contenido de objetivos y motivación de las relaciones) que permiten explicar la motivación humana vinculada a diferentes comportamientos o conductas. Debido a que la TAD no plantea un modelo general para examinar las motivaciones (intrínseca, extrínseca y no motivación), Ryan y Deci (2017) sugieren el uso de dicho modelo para analizarlas a través de una estructura jerárquica.

El modelo jerárquico de Vallerand es de utilidad para explicar los factores de la motivación autodeterminada vinculados con la prevención del embarazo en la adolescencia. Por lo que es necesario considerar los siguientes constructos y proposiciones de la TAD para describir el modelo jerárquico:

Tipos de motivación.

Motivación intrínseca. Es un fenómeno que refleja el interés innato del ser humano para aprender y asimilar cosas. Además, manifiesta el potencial positivo de la naturaleza del ser humano con instinto inherente a buscar la novedad y el desafío, a explorar, a desarrollar y ejercitar las capacidades propias (Ryan y Deci, 2000), permitiendo involucrarse en sus actividades de un modo espontáneo y libre (Deci & Ryan, 2002), ya que en sí mismas son intrínsecamente interesantes y agradables (Ryan & Deci, 2017).

Motivación extrínseca. Involucra participar en comportamientos y prácticas que no son necesariamente intrínsecas para obtener algo fuera de la actividad. Se distinguen cuatro estilos de regulación de la motivación extrínseca: externa (un comportamiento está regulado externamente si está motivado por recompensas y castigos controlados externamente), introyectada (se basa en controles internos que involucran contingencias

afectivas y de autoestima, comprende internalizar una regulación externa sin aceptarla como propia), identificada (reconoce el valor de una actividad para aceptar la regulación externa como propia) e integrada (las necesidades y los valores individuales son congruentes con los resultados de las conductas socialmente esperadas).

La motivación extrínseca puede volverse intrínseca para comportamientos que se consideran incorrectos o poco saludables motivados de manera extrínseca apoyados por los factores sociocontextuales e interpersonales que facilitan o frustran la motivación intrínseca, a través de la internalización e integración de un continuo de autodeterminación (Figura 1). La motivación intrínseca aparece en el extremo derecho, lo que indica que es un tipo de motivación prototípicamente autodeterminada, pero está separada de la regulación integrada para indicar que se trata de un tipo diferente de motivación (Ryan & Deci, 2017).

No motivación. Describe un estado en el que la persona no está motivada para comportarse, o se comporta de una manera que no está mediada por la intencionalidad; se refiere a conductas no reguladas por las personas, quienes experimentan una sensación de falta de propósitos (Deci & Ryan, 1985; 2000; Ryan & Deci, 2017).

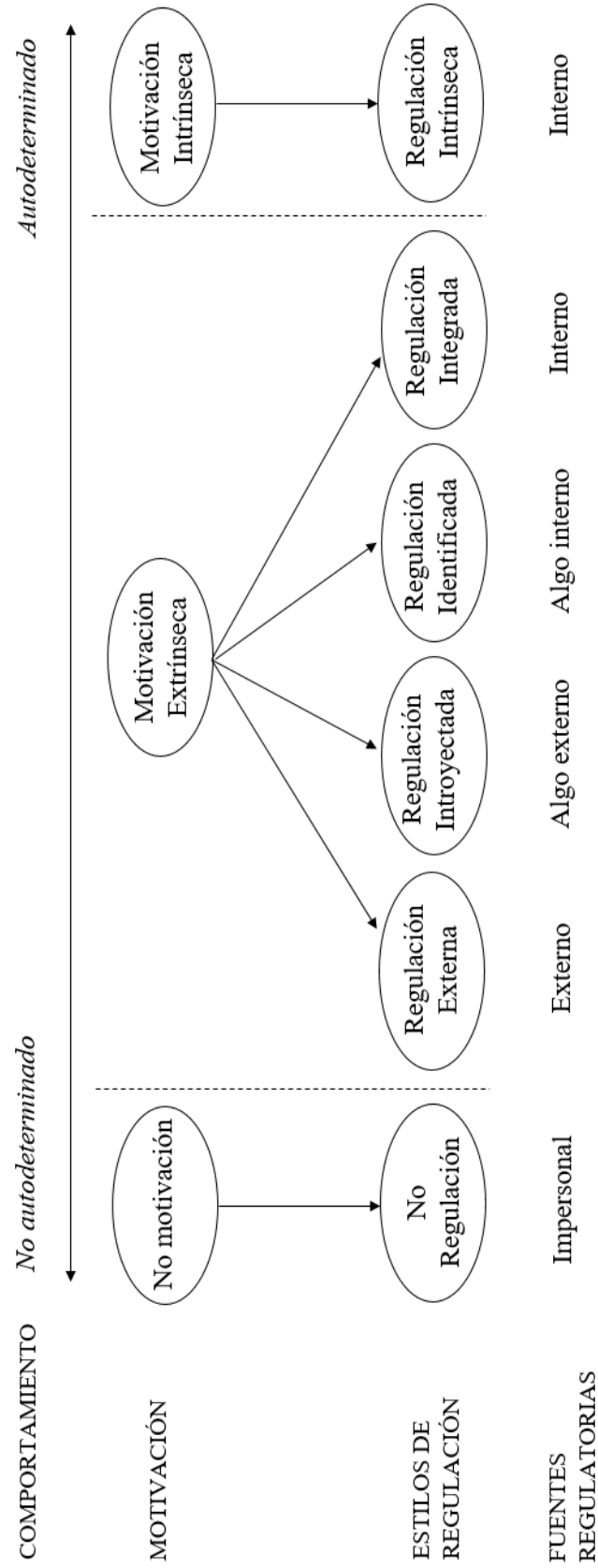


Figura 1. Continuo de autodeterminación. Se muestra el comportamiento no autodeterminado y autodeterminado, los tipos de motivación, estilos de regulación y las fuentes regulatorias de Ryan y Deci (2017).

Necesidades psicológicas básicas (NPB). Existen tres elementos psicológicos innatos básicos y universales: autonomía (experiencia de cada persona de ser libres para elegir o de tener la opción de decidir las propias acciones de acuerdo con sus valores), competencia (percepción de cada persona de sentirse eficaz en las acciones que realiza y en obtener resultados óptimos), y relación con los demás (sentimiento de estar conectado y ser aceptado por los demás), los cuales son esenciales para el mantenimiento y desarrollo de la salud psicológica y el bienestar personal (Ryan & Deci, 2000). Un aspecto central es la suposición de que una mayor satisfacción de las NPB dará como resultado un mayor bienestar, siendo una condición necesaria para que el ser humano prospere, mientras que la frustración de las NPB es perjudicial para el bienestar (Ryan & Deci, 2017).

Proposiciones de las NPB.

Proposición 1. La internalización de la motivación extrínseca se puede describir en términos de un continuo que abarca desde una regulación relativamente menos autodeterminada hasta una autorregulación relativamente más autodeterminada. Las regulaciones que se encuentran más lejos a lo largo de este continuo desde lo externo hacia lo integrado se internalizan más completamente y los comportamientos resultantes son más autodeterminados.

Proposición 2. Los apoyos para las NPB de autonomía, competencia y relación facilitan la internalización e integración de comportamientos no motivados intrínsecamente. En la medida en que el contexto esté controlando, y/o las NPB se vean frustradas, la internalización será menos probable.

Proposición 3. En la medida en que el comportamiento de las personas se regule a través de formas de internalización más autodeterminadas, mostrarán una mayor persistencia de comportamiento en las actividades, una mejor calidad de comportamiento y un desempeño más efectivo, especialmente para acciones más difíciles o complejas.

Proposición 4. Existen tres necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y relación), cuya satisfacción es esencial para el desarrollo óptimo, la integridad y el bienestar. El incumplimiento de cualquiera de estas necesidades se manifestará en una disminución del crecimiento, integridad y bienestar. Además, la frustración de estas NPB se asocia con un mayor malestar y un funcionamiento más empobrecido.

Proposición 5. La satisfacción y frustración de las NPB varían dentro de las personas a lo largo del tiempo, contextos e interacciones sociales. Cualquier factor o evento que produzca variaciones en la satisfacción o la frustración también producirá variaciones en el bienestar, independientemente de si las personas desean o valoran explícitamente las necesidades e independientemente de su contexto sociocultural.

El modelo jerárquico de Vallerand (Figura 2) sugiere una secuencia causal de eventos que involucran factores sociales, NPB, motivación y resultados (Vallerand, 1997). Esta secuencia de eventos ocurre en tres niveles de generalidad: global, contextual y situacional, y plantea que, a partir de la izquierda del modelo, se postula que la motivación resulta de factores sociales que influyen en la motivación y que la motivación intrínseca, extrínseca y la no motivación existen dentro del individuo en los tres niveles jerárquicos de generalidad (Vallerand & Lalande, 2011).

Primero, el nivel global describe una orientación general de la persona, se refiere a la personalidad o la forma habitual de funcionamiento de una persona, la motivación en este nivel toma la forma para participar en actividades de una manera intrínseca o extrínseca. Los factores sociales globales de este nivel, son tan generalizados que están presentes en la mayoría de los aspectos de la vida de una persona. Un ejemplo de un factor social global es la paternidad, la crianza de los hijos representa una interacción continua en la infancia en sus hijos debido a muchas situaciones y en contextos transcendentales, como la manera en que educan a los hijos.

Segundo, el nivel contextual representa contextos específicos de la vida, como la educación, relaciones interpersonales, recreación, etc. Este nivel explica la probabilidad de que las personas hayan desarrollado orientaciones motivacionales con otras personas dependiendo del contexto. Por ejemplo, un adolescente puede participar en actividades sexuales de una manera más intrínseca, pero participar en actividades escolares por motivación extrínseca. Los factores sociales contextuales son recurrentes en un contexto de vida específico que no forman parte de otros contextos de vida, como por ejemplo la comunicación sexual con los padres, amigos o con la pareja en el contexto de relaciones interpersonales.

Tercero, el nivel situacional se sitúa en momentos determinados en el tiempo que son irrepetibles como una reunión en un día, momento y año específicos (Vallerand & Lalande, 2011; Stover, Bruno, Uriel, & Fernández, 2017). Los factores sociales situacionales se refieren a una variable que tendrá un impacto en la motivación situacional de la persona para seguir con la actividad, como tener relaciones sexuales usando un método anticonceptivo, por lo que pueden condicionar la forma en la que se facilita la interacción de variables en el modelo (Ryan & Deci, 2000; Vallerand & Lalande, 2011).

Dichos niveles están relacionados en una jerarquía recursiva, en la Figura 2 se muestra una misma secuencia en cada nivel, donde el nivel global y el contextual interactúan, y de igual manera ocurre entre el nivel contextual y el situacional. El modelo jerárquico también postula que la influencia de los factores sociales en la motivación se produce a través de mediadores formados por las NPB. En función de la satisfacción de las NPB se adquiere diferentes tipos de motivación (intrínseca, extrínseca y no motivación). Por ejemplo, cuanto más percibe un adolescente a sus padres como apoyo a sus NPB, más desarrollará una forma autodeterminada de participar en la prevención de un embarazo (Ryan & Deci, 2000).

La autodeterminación produce importantes consecuencias o resultados motivacionales que pueden ser de tipo cognitivos, afectivos y de conducta, y existen en los tres niveles de generalidad ya que se encuentran en el mismo nivel de generalidad que la motivación que los produce. De esta manera las diferencias motivacionales afectan a los resultados de forma diferente, por lo que las consecuencias más autodeterminadas son producidas por la motivación intrínseca, mientras las menos autodeterminadas son generados por ciertos tipos de motivación extrínseca y la no motivación (Ryan & Deci, 2000; Vallerand & Lalande, 2011).

En resumen, el modelo jerárquico especifica dos conjuntos de procesos que sirven para integrar la personalidad (la organización vertical del modelo y los efectos de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba) y las dimensiones psicológicas sociales (la secuencia horizontal y los procesos que involucran factores sociales) de motivación y resultados. Juntos, estos dos mecanismos brindan una descripción detallada del desarrollo de diferentes tipos de motivación, en el tiempo y el espacio, así como los resultados relacionados (Vallerand & Lalande, 2011; Vallerand & Rousseau, 2001).

Debido a que los tipos de motivación se proponen teóricamente para estar en un continuo de autodeterminación desde la motivación intrínseca a las regulaciones de la motivación extrínseca, y a la no motivación (Deci & Ryan, 1985), Vallerand combina las diferentes subescalas en un índice de autodeterminación, el cual refleja el nivel de motivación autodeterminada de la persona (Vallerand, 2007).

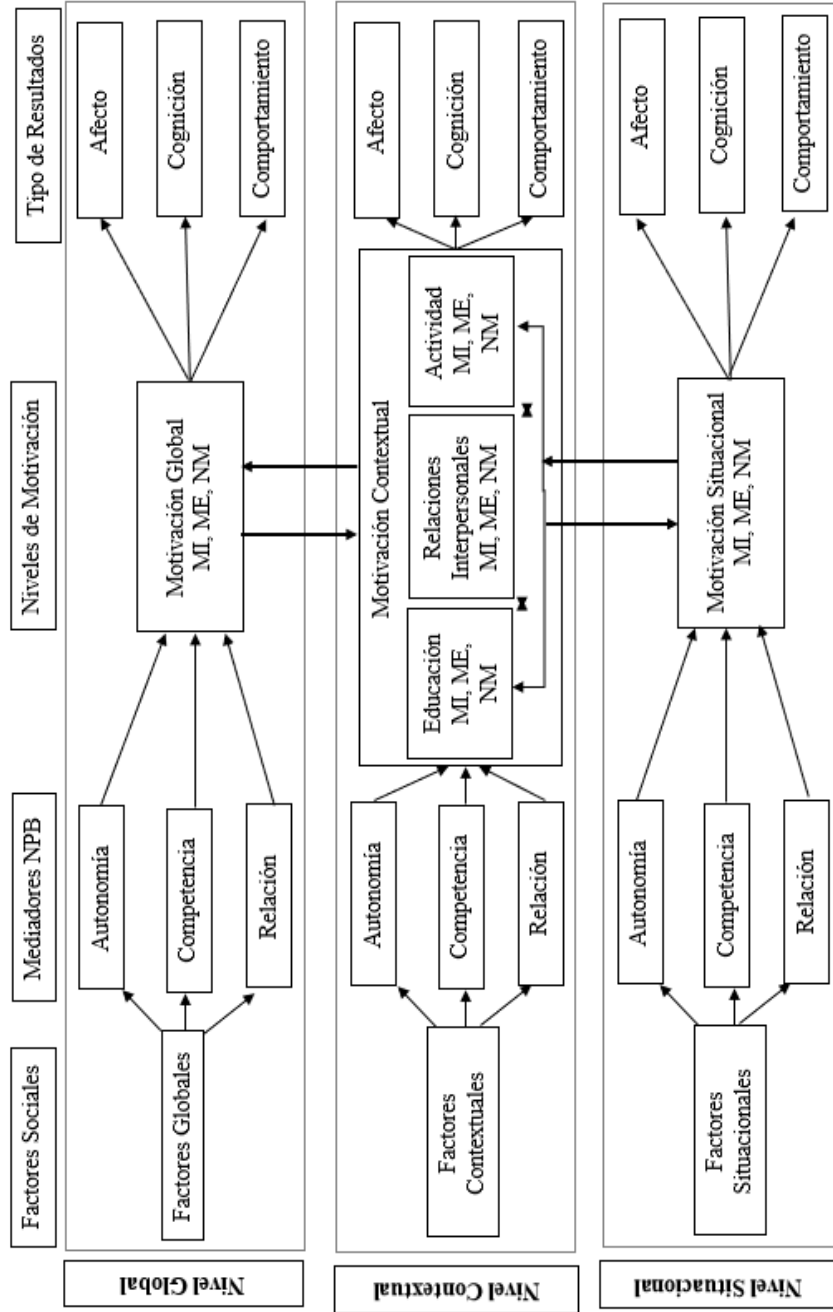


Figura 2. Modelo jerárquico de la motivación de Vallerand y Rousseau (2001).

Se muestran los tres niveles del modelo, sus relaciones y tipos de resultados. NPB= necesidades psicológicas básicas, MI= motivación intrínseca, ME= motivación extrínseca, NM= no motivación

Para fines de este estudio se incluye a los objetivos o metas en la vida, los cuales conforman la teoría del contenido de objetivos, siendo esta una de las seis micro-teorías que forman parte de la TAD de Deci y Ryan. Los objetivos o metas en la vida se consideran como un mediador de las NPB dentro del modelo jerárquico propuesto por Vallerand. La TAD está relacionada con los motivos de las personas, con las razones por las que se involucran en una conducta o persiguen una meta de vida, ya que no sólo es importante por qué se produce el comportamiento, sino hacia qué se dirige (Sheldon, Ryan, Deci, & Kasser, 2004; Stover et al., 2017). Debido a ello, la inclusión de los objetivos de vida podría ayudar a explicar considerablemente la autodeterminación para la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia.

Objetivos de vida. Se dividen en aspiraciones intrínsecas y extrínsecas. Las aspiraciones intrínsecas son la búsqueda de crecimiento personal, relaciones y contribución a la comunidad, se relacionan con la satisfacción de las NPB, lo que contribuye al bienestar psicológico. Las aspiraciones extrínsecas son la búsqueda de riqueza, fama e imagen, muestran un patrón de resultados donde se deben a la motivación extrínseca y son menos satisfactorias para las NPB (Ryan & Deci, 2017).

Proposiciones de los objetivos de vida.

Proposición 1. Los objetivos intrínsecos se definen como aquellos más directamente asociados con la búsqueda de lo que se valora intrínsecamente, como las relaciones cercanas, el crecimiento personal y la contribución a la comunidad. Los objetivos extrínsecos, en contraste, son aquellos enfocados en los resultados instrumentales, como el dinero, la fama, el poder o el atractivo externo. Por lo tanto, se puede entender que estos objetivos se encuentran a lo largo de un eje desde lo intrínseco a lo extrínseco.

Proposición 2. Cuanto más una persona valora o prioriza los objetivos extrínsecos en relación con los objetivos intrínsecos, más bajo será su bienestar. Cuanto

más prioridad y valor relativo tenga una persona en los objetivos intrínsecos, mejores serán los resultados de bienestar de la persona.

Proposición 3. Las relaciones entre los objetivos intrínsecos y extrínsecos y el bienestar o conducta resultado están mediadas por la satisfacción y la frustración de las NPB. En general, los objetivos intrínsecos son más satisfactorios para las NPB. Además, los efectos también pueden ser una función de la base reguladora de la búsqueda de objetivos, ya que los objetivos extrínsecos, en promedio, tenderán a ser regulados de manera menos autodeterminada que los objetivos intrínsecos.

Teoría de Rango Medio: Autodeterminación para la Conducta Sexual de Prevención del Embarazo en la Adolescencia

A partir del soporte teórico de este estudio, se llevó a cabo el desarrollo de una teoría de rango medio, mediante el método de derivación teórica de Walker y Avant (2011), donde se hizo una derivación de conceptos del modelo jerárquico de Vallerand basado en la macro-teoría TAD. La derivación teórica consta de cinco pasos:

1) familiarizarse con la literatura del tópico de interés, 2) identificar formas nuevas de analizar la temática de interés, 3) seleccionar una fuente de conocimiento, 4) identificar el contenido y estructura de la teoría o modelo y 5) redefinir los nuevos conceptos y proposiciones derivadas y adaptadas en contenido a la temática de estudio. A continuación, se describe brevemente cada uno de los pasos.

El primer paso es familiarizarse con la literatura del tópico de interés, por lo que se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas PubMed, Ebsco Academic search complete, ProQuest Dissertations & Theses Global, Scopus y Web of science Colección principal, las cuales son reconocidas e indexadas. Para la búsqueda se utilizaron palabras claves en relación con la conducta sexual y prevención del embarazo en la adolescencia con distintas combinaciones en inglés y español.

El segundo paso se refiere a la identificación de nuevas formas de analizar la temática de interés desde diferentes áreas de conocimiento. Acorde con la búsqueda

realizada, se encontró que existen factores de tipo personal que conllevan al embarazo en adolescentes como el sexo, el IVS y el conocimiento de métodos anticonceptivos; factores de tipo socio-contextual donde los padres, amigos y la pareja son figuras significativas en la vida del adolescente y algunos estudios que abordan factores psicológicos en la prevención del embarazo.

De acuerdo con lo encontrado en la literatura, se identificó que ninguna teoría analiza todos los factores que predisponen al comportamiento sexual del adolescente (Riley & McDermott, 2018) y que expliquen su efecto en la prevención del embarazo. Sin embargo, se identifica que el embarazo tiene un mayor impacto psico-social y contextual en la adolescencia, ya que existe fracaso en la adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí mismos (Ibarra, 2003; Noguera & Alvarado, 2012).

De esta manera, se logró determinar que la influencia de los factores de tipo socio-contextual y personal en la autodeterminación de un adolescente se ha mencionado como un enfoque de intervención potencial en la reducción del comportamiento de riesgo sexual (Hardy et al., 2015; Moilane, 2015). Es por ello, que surge el interés de desarrollar teoría que aborde estos factores y ayuden a explicar la prevención del embarazo en la adolescencia.

En el tercer paso se seleccionó una fuente de conocimiento para realizar la derivación. Por lo cual para este estudio se seleccionó la TAD de Deci y Ryan, explicada a través del modelo jerárquico de Vallerand debido a que es una teoría psicológica que se ha utilizado previamente para explicar conductas de riesgo como la conducta sexual; así mismo para explicar las motivaciones de la persona para mantener o desarrollar conductas protectoras.

El cuarto paso se refiere a la identificación del contenido y estructura de la teoría o modelo a utilizar, en este paso el investigador es libre de seleccionar solo los

conceptos, las proposiciones, la estructura en su totalidad o combinarlos. Para el presente estudio se seleccionó la estructura del modelo jerárquico de Vallerand, algunos conceptos de la TAD y de la evidencia empírica. Así mismo se seleccionaron las proposiciones de la TAD que permiten describir, explicar y predecir el resultado final.

A continuación, se presentan los conceptos seleccionados de la TAD que guiaron la derivación de teoría del presente estudio:

Factores socio-contextuales. Este concepto se desprende de los factores sociales contextuales del segundo nivel (contextual) del modelo jerárquico de Vallerand, se muestra la motivación contextual de relaciones interpersonales, es de aquí de donde salen los factores socio-contextuales de las relaciones interpersonales. El concepto se refiere a factores predictores para el tipo de motivación en las relaciones interpersonales, mediante la influencia en las NPB del individuo (Vallerand, 2007).

En la revisión de la literatura se ha identificado que, en las relaciones interpersonales del adolescente, la comunicación sexual es un factor socio-contextual, donde los padres, amigos y la pareja del adolescente son personas significativas que pueden constituirse en factor protector o de riesgo para la conducta sexual. La comunicación sexual es una estrategia efectiva basada en el diálogo y el interés mutuo en las necesidades de la otra persona para negociar o practicar sexo seguro.

Aspiraciones intrínsecas y extrínsecas. Las aspiraciones intrínsecas se desglosan de los objetivos de vida que se enfocan en la búsqueda de crecimiento personal, relaciones y contribución a la comunidad, se relacionan con la satisfacción de las NPB, lo que contribuye al bienestar psicológico. Las aspiraciones extrínsecas se enfocan en los objetivos de vida de búsqueda de riqueza, fama e imagen, muestran un patrón de resultados donde se deben a la motivación extrínseca y son menos satisfactorias para las NPB (Ryan & Deci, 2017).

Satisfacción y frustración de las NPB. Estos conceptos se desprenden de las NPB; la satisfacción de las NPB facilita la motivación autodeterminada, a través del

cumplimiento de las NPB de autonomía, competencia y relación, esto cuando son apoyadas positivamente por los factores personales y/o sociales contextuales. Por el contrario, la frustración socava la motivación autodeterminada por el incumplimiento de las NPB de autonomía, competencia o relación (Ryan & Deci, 2017).

Motivación autodeterminada. Este concepto incluye los tres tipos de motivación (intrínseca, extrínseca y no motivación) que refiere la TAD. Esta se define como la motivación más intrínseca de la persona para realizar sus acciones al nivel más alto de reflexión y se comprometen en las acciones con un sentido de elección de forma voluntaria por propia elección.

Tipo de resultado de comportamiento. Es uno de los tres tipos de resultado (afectivo, cognitivo y comportamiento) que se pueden obtener de una motivación. El resultado de tipo de comportamiento es la conducta positiva de la persona para realizar acciones para el cuidado de su salud. Un comportamiento es la conducta sexual de prevención del embarazo, la cual se refiere al comportamiento de la persona que se asocia a la toma de precauciones para prevenir el embarazo, incluye el uso regular y correcto de métodos anticonceptivos (ONUSIDA, 2000; Villanueva, Campos, & Pérez-Fajardo, 2001).

Además de los conceptos teóricos señalados previamente, de acuerdo con la evidencia empírica, existen factores de tipo personal del adolescente que se han vinculado con la conducta sexual de prevención del embarazo, por lo que es relevante considerarlos para el modelo propuesto en el presente estudio.

Factores personales. Incluye factores propios del individuo como lo es el sexo, condición biológica de la persona que los caracteriza en hombres y mujeres, el IVS, la cual se refiere a los años de vida en el debut sexual (Lavielle et al., 2014), así como el conocimiento sobre prevención del embarazo, que corresponde a la información que tiene el adolescente acerca del comportamiento sexual seguro que le ayuda a prevenir un embarazo (Estrada, Campero, Suárez, de la Vara, & González, 2017).

El quinto y último paso fue redefinir los nuevos conceptos y proposiciones derivadas y adaptadas en contenido a la temática de estudio. Se crearon definiciones nuevas de los conceptos teóricos conforme a las características conceptuales de la TAD, asegurando su congruencia con la evidencia empírica, así como el soporte de la taxonomía de los diagnósticos e intervenciones propias de enfermería (Nursing Interventions Classification [NIC], 2018), las cuales aportan al cuerpo de conocimientos único de la disciplina de enfermería en el cuidado holístico del ser humano a través de una valoración enfermera minuciosa (Apéndice A).

Factores personales. Se deriva de la evidencia empírica y dentro de estos factores se encuentran el sexo, la edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo. El sexo se define como identificación biológica del adolescente, puede ser hombre o mujer. La edad de IVS se refiere al número de años de vida en que el adolescente tuvo su primera relación sexual. El conocimiento sobre prevención del embarazo, es definido como información adquirida por el adolescente acerca de la salud reproductiva, la forma en que ocurre un embarazo y de los diferentes métodos que se pueden utilizar, su uso correcto y eficacia para evitarlo en edad temprana.

Hasta el momento los estudios se han centrado en las mujeres como principales responsables de la prevención del embarazo; sin embargo, se requiere involucrar a los hombres adolescentes en la conducta sexual (Wheeler et al., 2018), ya que satisfacer las necesidades de prevención del embarazo de los hombres es especialmente importante debido a que el uso de anticonceptivos es mayor cuando ambas partes están involucradas (Grady, Klepinger, Billy, & Cubbins, 2010). Los adolescentes reportan IVS a edades tempranas, por lo que conforme va aumentando la edad del adolescente va aumentando el IVS. La mayoría de los adolescentes tienen conocimiento de métodos anticonceptivos restringido o limitado, lo que genera ideas equivocadas y dirigen al adolescente al uso deficiente o no uso de los métodos anticonceptivos (Estrada et al., 2017; Lemoine et al., 2017).

El poco o inadecuado conocimiento de salud sexual sobre prevención del embarazo crea conductas sexuales de riesgo que llevan a los embarazos no deseados, contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), inicio temprano de vida sexual, entre otros, lo que repercute en el desarrollo del adolescente (Rodríguez, Oliva, & Gil, 2007). Debido a que la mayoría de los adolescentes tienen un conocimiento sobre métodos anticonceptivos restringido, y la información se limita a mitos e ideas equivocadas que dirigen al adolescente a un uso deficiente o no uso de métodos anticonceptivos (Lemoine et al., 2017), se considera que la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos es un factor que puede favorecer el riesgo de embarazo (Mbadu, Gahungu, Wood, & Bertrand, 2018).

Comunicación sexual. Se deriva de los factores sociales, concretamente de los factores socio-contextuales, es definida como el vínculo que establece el adolescente con personas significativas del contexto que tienen un rol fundamental para la prevención del embarazo e influyen en la satisfacción o frustración de las NPB. Se consideran a los padres, amigos y a la pareja sexual o sentimental como figuras importantes en la vida del adolescente. De este concepto se deriva la comunicación sexual parental, con amigos y con la pareja.

La comunicación sexual parental se refiere a la explicación de los padres acerca de las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo o enfermedades de transmisión sexual. Para este estudio se define como la percepción del adolescente acerca de la información sexual que tienen sus padres con él/ella, respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos. Por lo que para abordar la prevención primaria y formar conductas protectoras de salud en los adolescentes es importante incluir a los padres y la percepción que el adolescente tiene de ellos, de manera que haya una interacción positiva entre padres e hijos (Palacios & Andrade, 2008).

La comunicación sexual parental involucra la participación de los padres por lo que se vuelve importante para la prevención del embarazo, ya que los padres son una fuente de información significativa sobre la salud sexual (Orcasita, Peralta, Valderrama, & Uribe, 2010; Rodríguez, Sanabria, Contreras, & Perdomo, 2013). La comunicación sexual parental se ha asociado positivamente con la prevención del embarazo a través del uso efectivo de los métodos anticonceptivos, retardo en el IVS y disminución de la actividad sexual (Esparza, Dimmitt, Moreno, Tovar, & Flores, 2017; Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016; Ying et al., 2015).

La comunicación sexual con los amigos, es la información y recomendaciones de sexualidad que la persona recibe de los amigos que consideran más experimentados. Para el presente estudio se refiere a la información sexual que recibe y comparte el adolescente con sus amigos respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

Algunas investigaciones señalan que los amigos se convierten en una fuente creciente de valores sexuales (Morgan y Zurbriggen, 2012), ya que los adolescentes acuden a sus amigos para obtener información sobre temas relacionados con la sexualidad (Porter, Cooper, Henry, Gallo, & Graefe, 2019), por lo que la calidad de la comunicación sexual entre amigos y compañeros aumenta con el tiempo (Waterman, Wesche, & Lefkowitz, 2018). Además, la influencia de los amigos o compañeros para la toma de decisiones, la aprobación de la actividad sexual y las actitudes permisivas de estos, se asocian con el IVS temprano en los adolescentes (Holguín et al., 2013; Sánchez et al., 2013). La comunicación e interacción entre los amigos, se asocia con una mayor comunicación con las parejas (Widman, Choukas, Helms, Golin, & Prinstein, 2014).

En cuanto a la pareja, la literatura refiere como relevante la comunicación sexual con la pareja del adolescente la cual es la estrategia para negociar prácticas de sexo seguro con la pareja y dialogar sobre temas de sexualidad como tener relaciones sexuales, embarazos no deseados, aborto, uso de métodos anticonceptivos e ITS. En este

estudio se define como la conversación con la pareja sexual respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

La desconfianza de la pareja para tener una buena comunicación sexual da lugar a dificultades en la relación sexual (Philippe, Vallerand, Bernard, Guilbault, & Rajotte, 2017) como el no uso de un método anticonceptivo, lo cual puede ocasionar un embarazo no deseado. Asimismo se ha relacionado la comunicación sexual de la pareja con la promoción y negociación de métodos anticonceptivos, prevención de conductas de riesgo en los adolescentes (Jiménez-García, 2010), retraso del IVS y con la prevención de embarazos no deseados en la adolescencia (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno, & Robles, 2008), llegando a considerar la comunicación como la estrategia más efectiva al negociar prácticas de sexo seguro, ya que cuando la pareja habla sobre un método anticonceptivo es probable que lo utilicen facilitando su uso en la próxima relación sexual (Jiménez-García, 2010; Pérez, 2014).

Comunicarse con la pareja sobre temas de sexualidad como la posibilidad de tener relaciones sexuales, embarazos no deseados, aborto, uso de métodos anticonceptivos, ITS, VIH/sida y uso de drogas, trae beneficios, contrariamente a lo que se cree, el hablar sobre estos temas no propicia en los adolescentes el IVS. La comunicación se relaciona con aplazar el IVS y con la intención de usar un método anticonceptivo como comportamientos preventivos (Jiménez, 2010).

Metas en la vida intrínsecas y extrínsecas. Se derivan de las aspiraciones intrínsecas y extrínsecas, que fueron desglosadas de los objetivos de vida. Las metas en la vida intrínsecas para la prevención del embarazo se definen como motivos o razones internas del adolescente que lo llevan a tener una conducta sexual de prevención del embarazo porque tiene un proyecto de vida mediante la satisfacción de las NPB, lo que contribuye a una motivación más autodeterminada para la prevención del embarazo en la adolescencia. Las metas en la vida extrínsecas para la prevención del embarazo se definen como motivos o razones externas del adolescente que lo llevan a tener una

conducta sexual de prevención del embarazo porque tiene un proyecto de vida mediante las NPB menos satisfactorias, lo que contribuye a una motivación menos autodeterminada para la prevención del embarazo.

Tener metas en la vida o un proyecto de vida en la adolescencia permite desarrollar la capacidad de negociación en las relaciones sexuales para el uso de un método anticonceptivo o evitar que estas sean forzadas, además de que promueve la utilización de los servicios de salud sexual reproductiva (ENAPEA, 2015). La literatura reporta que la ausencia de metas en la vida intrínsecas en la vida durante la adolescencia puede influir para que se genere un embarazo durante esta etapa (Álvarez, Pastor, Linares, Serrano, & Rodríguez, 2012; Atienzo, Campero, Lozada, & Herrera, 2014). Las metas en la vida intrínsecas en los adolescentes como la búsqueda de crecimiento personal para obtener un logro profesional, pueden promover el deseo de postergar el embarazo, ya que para alcanzarlas se requiere estudiar más años y retardar la paternidad (Crockett & Beal, 2012; Mello, 2008).

Satisfacción y frustración de las NPB. Se derivan de las NPB; la satisfacción de las NPB es definida como la percepción del adolescente acerca de su autonomía para la toma de decisiones en su conducta sexual, competencia para realizar actividades de prevención del embarazo y su capacidad para relacionarse de manera placentera. La frustración de las NPB se define como la percepción del adolescente acerca de su falta de autonomía en la toma de decisiones en su conducta sexual, falta de competencia para realizar sus actividades de prevención del embarazo y su falta de capacidad para relacionarse de manera satisfactoria.

La satisfacción de las NPB se ha relacionado con el comportamiento sexual de los adolescentes para la voluntad y el control en la toma de decisiones sexuales, como el uso de condón o primer contacto sexual, en el contexto de una relación de pareja establecida (Parkes, Henderson, Wight, & Nixon, 2011). Así mismo el apoyo de los padres a la satisfacción de las NPB de los hijos se considera esencial para la formación

de una sexualidad positiva, segura y de mayor calidad en el adolescente (Hardy et al., 2015; Parkes, Henderson, Wight, & Nixon, 2011) lo cual conlleva a postergar y prevenir un embarazo en esta etapa. Además, la motivación autodeterminada para tener relaciones sexuales se ha asociado con la satisfacción de las NPB (Brunell & Webster, 2013).

Motivación autodeterminada. Es derivada de la motivación autodeterminada que incluye los tres tipos de motivación (intrínseca, extrínseca y no motivación). Para el presente estudio este concepto es definido como el grado de voluntad del adolescente para realizar acciones impulsado de forma autónoma con el fin de evitar un embarazo; está constituida por la motivación intrínseca, motivación extrínseca con sus regulaciones y la no motivación, y se facilita cuando las NPB están más satisfechas y son apoyadas positivamente por la comunicación sexual parental, con los amigos y con la pareja del adolescente (factores socio-contextuales).

De acuerdo con la revisión de la literatura se ha estudiado la motivación autodeterminada de los adolescentes para tener relaciones sexuales, la cual se asocia con una mayor satisfacción de las NPB y se relaciona con la actividad sexual autodeterminada donde la persona tiene relaciones sexuales para compartir una experiencia íntima con su pareja, en lugar de sentirse presionada para hacerlo (Brunell & Webster, 2013). Los adolescentes en etapa temprana entablan relaciones románticas con motivaciones menos autodeterminadas, influenciadas por la presión de los compañeros o el deseo de sentirse una persona adolescente (Kindelberger & Tsao, 2014). Además, la motivación más autodeterminada se asocia con efectos de salud sexual positivos y con el bienestar, contrario para la menos autodeterminada (Gravel, Pelletier, & Reissing, 2016).

Conducta sexual de prevención del embarazo. Derivada de los tipos de resultado, particularmente el tipo de comportamiento del modelo de Vallerand, es definida como las acciones que realiza el adolescente en respuesta a la motivación más autodeterminada para tomar medidas de prevención y de autocuidado para evitar

embarazos no planeados, al usar algún método anticonceptivo de forma correcta y consistente.

La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (por sus siglas en inglés NANDA, 2020), en el dominio ocho de sexualidad clase dos, señala la función sexual definida como la capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales. Un concepto relacionado a la función sexual es la conducta sexual de prevención del embarazo, la cual coincide con algunos autores que la describen como las medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Monzón, 2006). Para el estudio, este concepto se refiere a las acciones que realiza el adolescente en su actividad sexual para lograr evitar el embarazo.

El uso de métodos anticonceptivos reduce el riesgo de embarazos entre los adolescentes de 15 a 17 años de edad (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016). Sin embargo, el no uso o bajo uso de métodos anticonceptivos se relaciona con la falta de habilidades necesarias para implementar el uso de estos métodos (Pérez & Pick, 2006). Por lo anterior se recomienda tener la intención de un plan de acción para el uso de métodos anticonceptivos que incluya claridad de dónde obtenerlo, cuándo comprarlo o adquirirlo, cómo llevarlo consigo, cómo negociarlo, cómo y en qué momento usarlo (Orozco & Moreno, 2018).

Practicar la abstinencia sexual asegura que una adolescente no se embarace, ya que no se existe una fecundación del espermatozoides al óvulo, por lo que es la forma más efectiva para evitar un embarazo; sin embargo, no es la mejor estrategia para emplear con los adolescentes, los anticonceptivos se consideran la mejor forma de prevención (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016). Los hombres y las mujeres manifiestan su sexualidad a partir de opciones como la abstinencia, masturbación, caricias y relaciones sexuales, estas expresiones dependen del sexo de la persona, la experiencia, educación y los valores, entre otras, como por ejemplo la abstinencia es más aprobada en las mujeres

que los hombres quienes aceptan más la masturbación y las relaciones sexuales (Secretaría de Salud [SSA], 2002).

Para el presente estudio se propuso el modelo de autodeterminación para la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia (MACSPEA) (Figura 3) el cual parte de las siguientes proposiciones que muestran la interacción de variables que facilitan o dificultan la conducta sexual de prevención del embarazo, derivadas y adaptadas de las relaciones entre los conceptos del modelo de Vallerand (Vallerand, 1997), de la TAD (Deci & Ryan, 1985) y de la evidencia empírica:

1. La comunicación sexual (parental, amigos y pareja) se relaciona con los factores personales (sexo, edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo).
2. Los factores personales (sexo, edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo) influyen en la conducta sexual de prevención del embarazo.
3. La comunicación sexual (parental, amigos y pareja) se relaciona con la motivación autodeterminada.
4. La comunicación sexual (parental, amigos y pareja) se relaciona con la satisfacción y frustración de las NPB.
5. La satisfacción y frustración de las NPB median la relación entre la comunicación sexual (parental, amigos y pareja) y la motivación autodeterminada.
6. La comunicación sexual (parental, amigos y pareja) influye en las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas para la prevención del embarazo.
7. Las metas en la vida intrínsecas para la prevención del embarazo influyen en la satisfacción de las NPB.
8. Las metas en la vida extrínsecas para la prevención del embarazo influyen en la frustración de las NPB.

9. La satisfacción y frustración de las NPB para la prevención del embarazo se relacionan con la motivación autodeterminada.
10. A mayor motivación autodeterminada, mayor conducta sexual de prevención del embarazo.

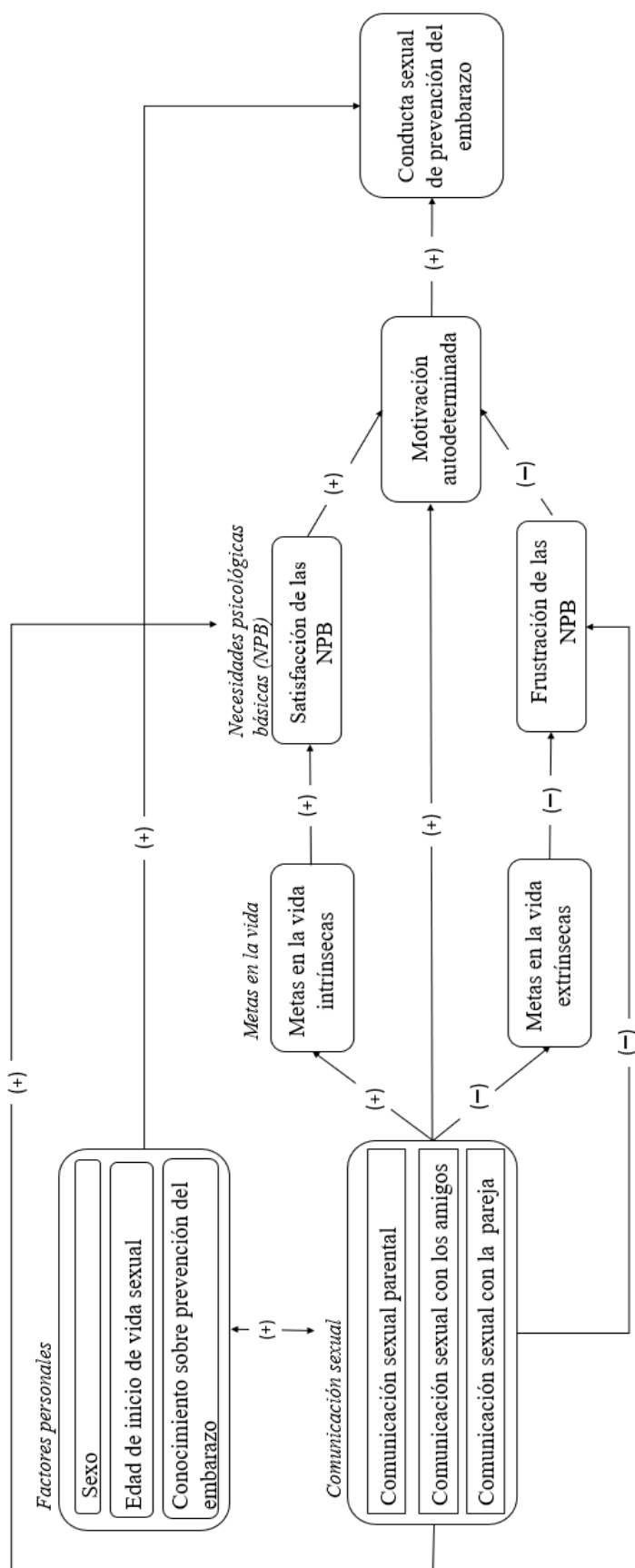


Figura 3. Modelo de autodeterminación para la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia MACSPEA.

A continuación, se muestra la estructura conceptual-teórico-empírico donde se permite apreciar y evaluar la derivación de conceptos y sus indicadores empíricos que ayuden a explicar la conducta sexual de prevención del embarazo en adolescentes.

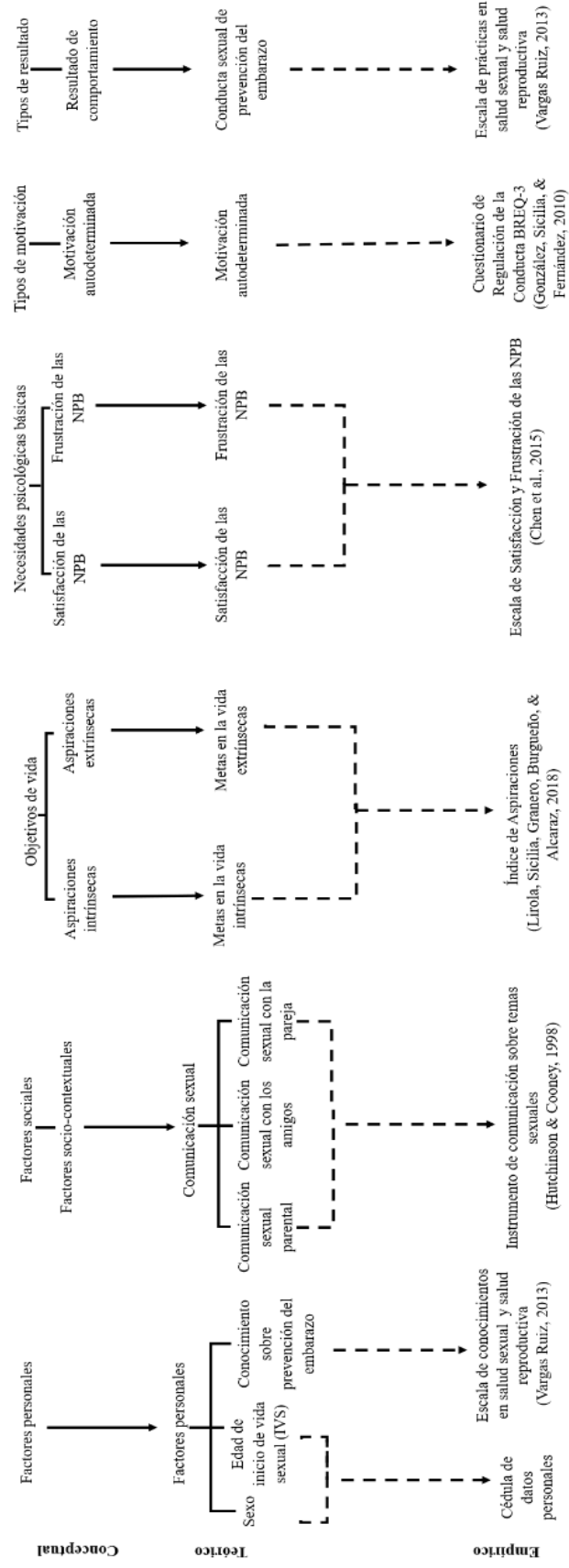


Figura 4. Estructura conceptual-teórico-empírico. Muestra la derivación de conceptos e indicadores empíricos.

Estudios Relacionados

Factores personales.

Sexo y edad de IVS. Estrada, Pérez y Catzin (2020), realizaron un estudio con el objetivo de analizar las edades de las primeras conductas eróticas de una muestra de personas que radican en la ciudad de Campeche, México. La muestra fue no probabilística de 212 participantes con edades de 18 a 45 años, con una media de edad de 25.11 años. Los resultados muestran que la media de edad de IVS fue a los 16.65 años y una media de parejas sexuales de 1.61, los hombres obtuvieron la media más alta (1.85) respecto al número de parejas sexuales. Se reporta que la edad del participante se relaciona negativamente con la edad de IVS y positivamente con el número de parejas.

Guerra et al. (2019), realizaron un estudio con el objetivo de identificar el tipo de vida sexual, la autoeficacia y actitud que tienen los adolescentes sobre las conductas sexuales de riesgo. La población fueron 225 estudiantes de bachillerato en una ciudad de Tamaulipas y una muestra de 125 estudiantes de 15 a 18 años de edad. En los resultados, la media de edad de IVS fue a los 16.13 años ($DE = 1.49$), los adolescentes refirieron una media de 1.96 ($DE = 1.67$) parejas sexuales.

Palacios y Álvarez (2018), estimaron la incidencia de factores conductuales (conducta sexual de riesgo y consumo de sustancias adictivas) en la prevalencia de ITS, en una muestra de 1012 jóvenes mexicanos estudiantes de tres escuelas públicas de educación media superior de la Ciudad de México, 531 hombres y 481 mujeres, con un rango de edad de 14 a 22 años y una media de 16.47 años ($DE = 1.2$). En los resultados se encontró que el 51.6% inició actividad sexual, y que la edad promedio de inicio es a los 15.14 años ($DE = 1.5$, Rango = 11- 20).

Zamudio, Silva, Gómez y Chacón (2018), realizaron un estudio para describir el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Michoacán, México, en una muestra conformada por 72 adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad. Se encontró que el 70.8% no

planeó su embarazo y el 29.2% refirió que si planeó embarazarse. La mayoría de las participantes se encontraba en adolescencia tardía (15 a 19 años de edad) (98.6%). El inicio de vida sexual en la adolescencia tardía fue del 83.3%, mientras que el 16.7% la inició en la adolescencia temprana (10 a 14 años de edad).

En un estudio, Rivera-Rivera et al. (2016) estimaron la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales con penetración y los factores familiares e individuales asociados. La muestra se constituyó por 9893 adolescentes de 14 a 19 años de edad escolarizados en centros públicos de las 32 entidades de México en el año 2007. En los resultados reportaron que la edad promedio de IVS en el ámbito nacional fue de 16 años (*IC* 95% [15.5, 16.1]). Por sexo, el IVS en los hombres fue a los 15 años (*IC* 95% [15.2, 15.4]) y en las mujeres a los 16 años (*IC* 95% [15.9, 16.1]).

Binstock y Gogna (2015) desarrollaron un estudio con la finalidad de examinar el calendario y contexto en el que ocurre la iniciación sexual de adolescentes y jóvenes en tres provincias argentinas, con datos de una encuesta realizada en el año 2012 a un total de 1571 mujeres: 480 adolescentes entre 18 y 19 años de edad, y 1091 jóvenes entre 20 y 24 años de edad. En los resultados muestran que el IVA ocurre a partir de los 15 años de edad, sólo una minoría del 5% inició vida sexual antes de cumplir los 14 años y menos del 20% lo hace antes de cumplir los 15. A partir de esta edad, las adolescentes comienzan a tener relaciones afectivas que conllevan al debut sexual, por lo que cuando cumplen 16 años, entre el 40% y 50% de las adolescentes ya han iniciado vida sexual, y aumenta entre el 60% y 70% cuando cumplen 17 años de edad. Sin embargo, entre el 15% y el 25% de las mujeres inicia vida sexual a partir de cumplir los 18 años de edad.

En síntesis, los adolescentes inician la vida sexual a los 15 años de edad o antes. En las mujeres se observa que comienzan el IVS desde de los 15 a 19 años, pero son pocas las que inician a partir de los 18 años de edad. Conforme va aumentando la edad del adolescente va aumentando el IVS.

Conocimiento sobre prevención del embarazo. Chiliquinga, Salazar, Riofrio y Loaiza (2021) desarrollaron una revisión sistemática exploratoria con el propósito de establecer un marco analítico para explicar el uso o no uso de métodos anticonceptivos en Latinoamérica. La revisión estuvo conformada por 33 artículos científicos del año 2009 al mes de mayo del 2020. La edad de la población de estudio fue de 17 a 35 años. En un sondeo exploratorio se identificó que las variables relacionadas al conocimiento sobre anticonceptivos, fueron la comunicación efectiva entre los jóvenes y sus padres, los años de escolaridad y pertenecer a estratos económicos altos, los cuales aumentan el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y viceversa.

Además, en los estudios se identificó que la mujer tiene mejor comunicación con la madre, pero no ocurre lo mismo con el hombre en cuanto a la comunicación con el padre. Existen problemas por parte del sistema de salud para tener apertura con los jóvenes hacia el conocimiento sobre los métodos. Por lo que la revisión sistemática exploratoria concluye que el conocimiento está relacionado con la comunicación con los padres, la escolarización, clase social, sexo y con el sistema de salud.

Montiel y Ruiz (2019), realizaron un estudio en México con el objetivo de comparar los conocimientos y las creencias sobre sexualidad de mujeres que se han embarazado en la adolescencia y de las mujeres que no se han embarazado. Las participantes fueron 80 mujeres de 16 a 21 años de edad, separadas en dos grupos: grupo 1 con hijos o con embarazo adolescente, y grupo 2 sin embarazo y sin hijos.

En los resultados se reporta que el grupo 1 inició vida sexual entre los 10 y 20 años de edad y el 57.5% tuvo IVS entre los 14 y 15 años de edad; mientras que en el grupo 2 el 45% inició entre los 14 y 19 años de edad y el 55% no ha tenido relaciones sexuales. Respecto a los conocimientos de métodos anticonceptivos predominó ligeramente en el grupo 1 con una media de 2.95 ($DE = 1.06$) y el grupo 2 una media de 2.90 ($DE = 1.08$). Sin embargo, en cuanto a los conocimientos sobre fecundidad el grupo

2 ($M = 2.60$, $DE = 1.08$) tuvo mayor conocimiento que el grupo 1 ($M = 1.78$, $DE = 1.21$).

Solórzano et al. (2019) realizaron un estudio con el objetivo de determinar si los conocimientos sobre educación sexual influyen en las relaciones sexuales a temprana edad y en el uso de métodos anticonceptivos. La población estuvo conformada por 636 estudiantes de bachillerato en Ecuador, de los cuales el 34.11% tuvo IVS y de estos el 34.10% utilizó un método anticonceptivo. La mayoría de los participantes considera que sus conocimientos sobre sexualidad son suficientes (83.87%); sin embargo, este conocimiento no influye en la decisión de tener relaciones sexuales ($\chi^2 = 31.489$, $p < .001$).

Velázquez et al. (2018) implementaron una propuesta de intervención para la educación sexual de los adolescentes, con el objetivo de modificar el nivel de conocimientos y comportamiento sexual de los mismos. La muestra fue de 378 estudiantes de Cuba, a los que evaluaron conocimientos y actitudes frente a temas de sexualidad, de forma que, si las respuestas correctas son el 70% o más precisaban el nivel de conocimientos como bueno, si van del 50 al 69% en regular y si logran menos del 50% como malo. Los resultados muestran que el 55% de los participantes tenían entre 15 y 19 años de edad; el 51.8% eran hombres y 48.2% mujeres. Antes de la intervención en los conocimientos y actitudes de los participantes se reporta que el 47.6% tenía conocimientos deficientes sobre temas de sexualidad, 46% conocimientos regulares y sólo el 6.4% tenía conocimientos altos.

Viada y Batista (2015) realizaron una investigación con el propósito de caracterizar la salud reproductiva de las adolescentes de un consultorio médico. Se realizó un estudio de serie de casos sobre las características de la salud reproductiva de las adolescentes pertenecientes al consultorio médico. La muestra fue de 69 mujeres de 10 a 19 años de edad. Se clasificaron los casos en adolescencia precoz (10 a 13 años) adolescencia intermedia (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años).

En los hallazgos se identificó que el 100% de las adolescentes de adolescencia intermedia y tardía habían iniciado relaciones sexuales, de ellas todas las de adolescencia intermedia previnieron el embarazo y también la mayoría de las adolescentes tardías (96.66%). En cuanto al nivel de conocimientos el 40.58% tuvo un conocimiento sobre educación sexual regular y el 26.08% un conocimiento sobre educación sexual bueno. Además, se observó que a medida que las adolescentes son mayores, el nivel de conocimiento sobre educación sexual va aumentando, ya que en la adolescencia precoz tenían un nivel de conocimientos sobre educación sexual entre regular (60%) y malo (40%), situación que comenzó a cambiar en la adolescencia intermedia donde predominó el nivel regular con 47.62% de las adolescentes y en la adolescencia tardía predominó el nivel bueno (46.43%).

Cardona, Ariza, Gaona y Medina (2015) desarrollaron un estudio con el objetivo de describir los conocimientos sobre sexualidad en adolescentes de una institución educativa pública en la ciudad de Armenia, Colombia. La muestra fue de 196 estudiantes de 15 a 19 años de edad ($M = 16$, $DE = 1.0$), el 59.5% eran mujeres. En los resultados se reporta que el 66.6% habían iniciado vida sexual en promedio a los 15 años ($DE = 1.6$). La mayoría de los adolescentes con bajo nivel de conocimiento y creencias sobre sexualidad son los adolescentes de 18 años de edad o más (84.6%), las mujeres (82.8%) y los adolescentes que no tienen vida sexual activa (82.2%). Así como los adolescentes que han recibido formación en sexualidad en el hogar (82.4%) y en la escuela (81.3%).

En síntesis, la mayoría de los adolescentes reportan un nivel de conocimientos sobre sexualidad bajo; sin embargo, conforme aumenta la edad del adolescente, aumenta el nivel de conocimientos. Específicamente en el conocimiento de prevención de embarazo, los adolescentes saben que existe riesgo de embarazo desde la primera vez que tienen relaciones sexuales, no obstante, los adolescentes desconocen sobre fertilidad, el ciclo menstrual y sobre métodos anticonceptivos.

Comunicación sexual.

Comunicación sexual parental. Mbachu et al. (2020), plantearon un estudio con el objetivo de examinar cómo los padres y cuidadores comunican asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva con adolescentes de 13 a 18 años de edad en Nigeria. La muestra fue de 1057 adolescentes de ambos sexos (57.2% mujeres y 42.8% hombres) incluidos sus padres o cuidadores. Se realizó un estudio mixto con métodos cuantitativos y cualitativos; los participantes de la encuesta cuantitativa se seleccionaron mediante muestreo aleatorio, mientras que los participantes de la encuesta cualitativa se seleccionaron con un muestreo intencional. En los resultados cuantitativos se reporta que el 47.9% de los adolescentes ha discutido asuntos sobre relaciones sexuales con alguien, sólo el 4.5% refiere haberlo hecho sobre relaciones sexuales con uno de los padres y se correlacionó significativamente con el estrato socioeconómico ($\chi^2 = 16.38, p = .003$).

Los resultados en las entrevistas cualitativas, mostraron que las discusiones relacionadas con las relaciones sexuales entre padres y adolescentes son ocasionales, que consisten en información sobre los cambios de la pubertad, consejos contra las relaciones intersexuales y el sexo premarital, promoción de la abstinencia, y advertencias contra el embarazo y el aborto. Algunos padres opinaron que los temas relacionados con relaciones sexuales no deben hablarse con los adolescentes porque podría interpretarse como permisividad a las relaciones sexuales. Los padres expresaron que su capacidad para hablar temas relacionados con las relaciones sexuales con los adolescentes es limitada por la falta de conocimientos y las normas restringidas religiosas y culturales sobre la sexualidad adolescente.

Alhassan y Dodoo (2020) en un estudio tuvieron el objetivo de identificar los factores predictores que influyen en la sexualidad y abstinencia entre jóvenes urbanos pobres en África Occidental. El estudio se basó en datos secundarios de encuestas de salud urbana y pobreza. La muestra fue de 235 jóvenes (111 hombres y 124 mujeres) nunca casados de 20 a 24 años de edad, esto debido a que los jóvenes de esta edad han

tenido más tiempo para participar o abstenerse de tener relaciones sexuales en comparación con los que tienen entre 15 y 19 años de edad. Se clasificó a los participantes que nunca habían tenido relaciones sexuales como abstemios sexuales primarios, como abstemios sexuales secundarios a aquellos cuya última relación sexual fue hace más de un año y como actualmente sexualmente activos a los que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses de la encuesta.

En los resultados el 7% de los encuestados indicaron que hablaría sobre relaciones sexuales solo con su padre, el 9.9% de los hombres hablaría sobre relaciones sexuales solo con padres, en comparación con las mujeres (4%); mientras que 25.5% de los encuestados indicó que hablaría sobre relaciones sexuales solo con las madres. En las mujeres, el 28.2% hablaría sobre relaciones sexuales solo con su madre, en comparación con los hombres (22.5%). Del mismo modo, el 24.7% de los encuestados indicó que hablaría sobre relaciones sexuales con ambos padres, siendo un mayor porcentaje de mujeres (28.2%) que los hombres (20.7%).

La comunicación sobre relaciones sexuales con ambos padres se predijo positivamente con la abstinencia primaria y secundaria. La comunicación sobre relaciones sexuales con ambos padres aumentó la probabilidad relativa de ser un abstemio primario en comparación con la actividad sexual actual en más de 12 veces ($RR = 12.90, p < .01$). Del mismo modo, la comunicación sobre el sexo con ambos padres aumentó la probabilidad relativa de ser un abstemio sexual secundario en comparación con la actividad sexual actual en más de cinco veces ($RR = 5.82, p < .05$). Esto significa que los jóvenes que discutieron sobre relaciones sexuales con ambos padres tenían significativamente más probabilidades de ser abstemios primarios o secundarios que los sexualmente activos actualmente.

Klein, Becker y Štulhofer (2018) exploraron si el apoyo parental, la comunicación parental y el conocimiento sobre la sexualidad durante la adolescencia tardía contribuyen a mejorar la agencia sexual (capacidad de actuar de acuerdo con los

propios deseos y tener el control de la propia vida sexual) a largo plazo. Realizaron un estudio de diseño longitudinal, con una muestra de 320 mujeres jóvenes, con una media de edad al inicio del estudio de 16.2 años ($DE = 0.50$). Después de la medición inicial, se llevaron a cabo cuatro mediciones más de recolección de datos a intervalos de 6 meses. Se identificó que el 78% de los adolescentes reportaron vivir con ambos padres al momento de la encuesta. En términos de actividad sexual, el 13.5% de las mujeres reportaron relaciones sexuales al inicio del estudio y el 41.6% en la última medición.

Para evitar estimaciones sesgadas del apoyo de los padres a la autonomía y el compromiso emocional de los padres con la agencia sexual de las adolescentes se evaluó en modelos separados. En los hallazgos del primer modelo, se reportaron asociaciones moderadas a fuertes entre el apoyo a la autonomía de los padres y la comunicación sexual parental ($\beta = .50, p < .001$), y entre la comunicación sexual parental y la agencia sexual ($\beta = .28, p < .001$); y la comunicación sexual parental medió significativamente la asociación entre el apoyo de los padres a la autonomía y la agencia sexual ($IC\ 95\% [0.06, 0.27], p < .001$).

En el segundo modelo se observaron relaciones positivas entre el compromiso emocional de los padres y la comunicación sexual parental ($\beta = .36, p < .001$), y entre la comunicación parental y la agencia sexual ($\beta = .25, p < .001$). En cuanto al conocimiento de los padres sobre el paradero de sus hijos no estaba relacionado con la comunicación sexual parental ($\beta = .04$; $\beta = .13$) y la agencia sexual femenina ($\beta = -.11$; $\beta = -.17$) en el primer modelo, ni en el segundo modelo respectivamente ($p > .05$).

Rogers (2016), en un estudio con el objetivo de establecer un modelo conceptual para explicar los procesos mediante los cuales la comunicación sexual entre padres y adolescentes influye en las intenciones y conductas sexuales de los adolescentes, realizó una revisión sistemática para recabar la evidencia empírica del modelo conceptual propuesto. La recuperación de estudios fue de tres bases de datos en línea de donde se analizaron un total de 38 estudios que se publicaron entre los años 1986 y 2015, el 74%

de los estudios representaron a adolescentes de 10 a 18 años de edad, mientras que el 26% examinaron adultos de 18 a 24 años de edad. La mayoría de los estudios fueron en participantes de ambos sexos (74%), con algunas muestras solo de mujeres (24%) y una muestra solo para hombres (2%).

Los tamaños de muestra variaron de 55 a 1587 con un tamaño de muestra promedio de 297 participantes. 24 estudios examinaron las asociaciones entre la comunicación sexual entre padres y adolescentes y las actitudes sexuales. Estas actitudes incluyeron la evaluación general de los adolescentes de la participación en el comportamiento sexual ($n = 17$) de permisivo (positivo) a conservador (negativo). Nueve estudios revelaron que la comunicación sexual entre padres y adolescentes predijo significativamente actitudes menos permisivas y más conservadoras hacia la participación en el sexo. En 12 estudios informaron una relación significativa ($p < .05$) entre la comunicación sexual entre padres y adolescentes y la mayor capacidad percibida de los adolescentes para adquirir y usar condones o anticonceptivos.

Widman, Choukas, Noar, Nesi y Garrett (2016), realizaron un meta-análisis con el objetivo de examinar el efecto de la comunicación sexual entre padres y adolescentes sobre el comportamiento sexual seguro entre los jóvenes y explorar los posibles moderadores de esta asociación. La búsqueda de artículos fue en tres bases de datos en el año 2015, relacionados con la comunicación sexual. Se sintetizaron 52 artículos que representan más de 30 años de investigación en 25314 adolescentes con una muestra de edad promedio de 18 años o menos, y ningún participante tenía más de 24 años de edad.

En los resultados reportados entre los estudios, se encontró un efecto medio ponderado significativo ($r = .10, p < .001$) para la asociación entre la comunicación sexual entre padres y adolescentes con un comportamiento sexual más seguro. Hubo una asociación más fuerte entre la comunicación entre padres y adolescentes y conductas sexuales más seguras con las mujeres ($r = .12, p < .001$) en comparación con los hombres ($r = .04$) y entre adolescentes que discutieron de sexo con sus madres ($r = .14$,

$p < .001$) en comparación con sus padres ($r = .03$; $p < .001$). No se encontró que la fuerza de esta asociación difiriera significativamente en el uso de anticonceptivos o condón ($r = .09$; $p < .001$) o condones ($r = .12$; $p < .001$).

Shiferaw, Getahun y Asres (2014) evaluaron la comunicación de los adolescentes sobre los problemas de salud sexual y reproductiva con los padres y los factores asociados entre los estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias de Etiopía. La muestra fue de 697 estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias de 10 a 24 años de edad de los cuales el 49.9% eran hombres. En los hallazgos, la mayoría de los participantes (88.7%) aceptó que es importante discutir los problemas de salud sexual reproductiva con los padres. Sin embargo, solo el 36.9% de los estudiantes conversó con alguno de los padres sobre al menos dos temas de problemas de salud sexual reproductiva. Los estudiantes que conversaron con sus padres sobre los anticonceptivos fue el 25.9% y el 21.8% refirió que la razón para no discutir sobre anticonceptivos con sus padres era la falta de conocimiento de los padres, seguido de la falta de habilidades de comunicación de los padres (20.8%).

Además, el 28.5% informó haber tenido una discusión sobre el embarazo no deseado. Entre los participantes el 20.5% discutió el embarazo no deseado con sus amigos y 20.3% con su madre, 22.7% no sabía las razones por las cuales no discutieron el embarazo no deseado con sus padres y 18.8% de los encuestados señaló la falta de conocimiento y las habilidades de comunicación de los padres. Con respecto al grupo preferido para la discusión sobre temas de salud sexual reproductiva el 56.8% de los participantes eligió a sus amigos, seguidos por hermanas (23.4%). De los participantes, el 43.8% aceptó que las madres estaban abiertas a discutir temas de salud sexual reproductiva en comparación con los padres (31.8%).

En síntesis, los adolescentes refieren que es importante discutir problemas de salud sexual reproductiva con los padres; sin embargo, pocos han conversado con alguno de ellos, debido a que perciben falta de conocimiento y de habilidades de comunicación

de los padres. La comunicación sexual de los adolescentes con los padres se relaciona con el retraso en la primera relación sexual, conocimientos del riesgo de embarazo y el uso de anticonceptivos y con un comportamiento sexual más seguro. Respecto al embarazo no deseado, los adolescentes hablan poco con sus padres. Se desconoce cómo se asocia la comunicación sexual parental con las metas en la vida y con la motivación autodeterminada de los adolescentes.

Comunicación sexual con los amigos. Mbachu et al. (2020) examinaron asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva con adolescentes de 13 a 18 años de edad en Nigeria. La muestra fue de 1057 adolescentes de ambos sexos incluidos sus padres o cuidadores. Se realizó un estudio de método mixto. En los resultados cuantitativos el 77.7% de los adolescentes refiere haber discutido sobre relaciones sexuales con amigos o compañeros, destaca que el 76.9% realizó la discusión dentro de la escuela.

Alhassan y Dodoo (2020) realizaron un estudio para identificar los factores predictores que influyen en la sexualidad y abstinencia entre jóvenes urbanos pobres en África Occidental. El estudio se basó en datos secundarios de encuestas de salud urbana y pobreza. La muestra total fue de 235 jóvenes nunca casados de 20 a 24 años de edad. Se clasificó a los participantes que nunca habían tenido relaciones sexuales como abstemios sexuales primarios y aquellos cuya última relación sexual ocurrió hace más de un año antes de la fecha de la encuesta como abstemios sexuales secundarios, así como a los jóvenes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses de la encuesta fueron clasificados como actualmente sexualmente activos.

En los resultados el 23.4% de los adolescentes habla sobre relaciones sexuales, de estos, el porcentaje de hombres (49%) que indicaron que hablan sobre relaciones sexuales con sus amigos fue similar que las mujeres (51%). La comunicación sexual con los amigos disminuyó en un 89% la probabilidad de ser un abstemio sexual primario que respecto a los que en la actualidad son sexualmente activos ($RR = .11, p < .01$). Discutir

problemas sexuales sólo con amigos disminuyó la probabilidad de ser un abstemio sexual secundario en relación con los sexualmente activos en la actualidad en un 83% ($RR = 0.17, p < .05$). Por lo tanto, los jóvenes que discutieron temas sobre relaciones sexuales solo con sus amigos, en comparación con aquellos que no lo hicieron, tienen menos probabilidades de ser abstemios sexuales primarios o secundarios en comparación con ser sexualmente activos actualmente.

Waterman, Wesche y Lefkowitz (2018) realizaron una investigación con el propósito de examinar los cambios en la calidad de la comunicación sexual entre pares en la adolescencia tardía, específicamente, la comunicación sexual con el amigo más cercano. La muestra estuvo conformada por 434 estudiantes de primer año de universidad de Estados Unidos con edad de 17 a 19 años, seguidos hasta el cuarto semestre donde solo se reportaron datos de 338 participantes.

En los resultados encontraron que la calidad de la comunicación entre pares aumentó con el tiempo, del primer semestre ($M = 3.22, DE = 0.45$) al cuarto semestre ($M = 3.34, DE = 0.47$), en promedio .12 en una escala de cuatro puntos. También aumentó la frecuencia de comunicación sexual del primer semestre ($M = 1.42, DE = 0.54$) al cuarto semestre ($M = 1.63, DE = 0.61$) en promedio .21 en una escala de cinco puntos. Asimismo, la actividad sexual en los últimos tres meses aumentó del 50.58% de los estudiantes en primer semestre a 79.31% de los estudiantes en el cuarto semestre.

Mastro y Zimmer-Gembeck (2015) investigaron si el bienestar sexual es más positivo cuando los jóvenes informan más frecuente y tienen una mejor calidad de la comunicación relacionada con el sexo y una mayor subjetividad sexual (autoestima sexual del placer y autoeficacia del placer). La muestra fue de 209 jóvenes de los cuales 61% eran mujeres y 39.9% hombres de 17 a 21 años de edad ($M = 19.28, DE = 1.0$) que informaron alguna experiencia sexual (por ejemplo, besos, caricias, sexo oral y/o

relaciones sexuales) donde el 79% reportó antecedentes de relaciones sexuales y 39% informó una relación romántica estable actual.

En los resultados se muestra que la calidad de la comunicación actual del mejor amigo se asoció significativamente de manera positiva con cada aspecto del bienestar sexual, con la autoeficacia del placer ($r = .15, p < .05$), asertividad sexual ($r = .16, p < .05$), competencia de sexo seguro ($r = .25, p < .01$) y respuestas emocionales positivas al sexo ($r = .14, p < .05$), con la excepción de las respuestas emocionales negativas al sexo ($r = -.11, p > .05$).

Holguín et al. (2013) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de actividad sexual y factores asociados del debut sexual en adolescentes escolarizados de una ciudad colombiana. La muestra fue de 947 estudiantes de 14 a 19 años de edad, con una media de 16.2 años ($DE = 1.2$), el 41,1% eran hombres y el 58.9% mujeres. En los resultados reportan que 52.8 de los adolescentes ya había iniciado vida sexual. La aprobación y actitudes permisivas hacia el sexo en la adolescencia de parte de los compañeros o grupo de amigos del adolescente se asociaron con la actividad sexual en la adolescencia ($OR = 6.6; IC\ 95\% [3.4, 14.2]; p < .001$) como factores de riesgo.

Sánchez et al. (2013) determinaron los factores de riesgo asociados al embarazo en mujeres adolescentes con edades igual o menor a 19 años, asistentes a los servicios de salud de dos instituciones prestadoras de servicios de salud, en Colombia. La muestra que se conformó como parte de un estudio de casos y controles fue de 151 casos y 302 controles. Para los casos, se incluyeron mujeres adolescentes embarazadas, con aborto espontáneo o provocado, post-parto inmediato o con hijos, escolarizadas o no, y para los controles se incluyeron mujeres adolescentes que hayan iniciado vida sexual, escolarizadas o no, sin historia de embarazos previos, que asistieran a servicios o programas de salud diferentes a control prenatal.

En los hallazgos se señala que el 92.1% de las adolescentes caso y 97% de adolescentes control, los amigos o pares aprobaban o tenían permisividad hacia la

actividad sexual en la adolescencia ($p = .016$), de igual manera los pares o amigos de la adolescente que aprueban o son permisivos con el inicio de vida sexual en la adolescencia se asoció con el embarazo en mujeres adolescentes ($OR = 0.4$; $IC\ 95\% [0.1, 0.9]$; $p = .018$).

En síntesis, la calidad y la frecuencia de la comunicación sexual con los amigos y compañeros aumenta con el tiempo y con la edad, y a su vez se incrementa la actividad sexual, la cual está asociada con factores de riesgo como el embarazo en la adolescencia, y la aprobación y actitudes permisivas hacia el sexo por parte de los compañeros o amigos. Sin embargo, la calidad de la comunicación con el mejor amigo se asocia con el bienestar sexual, asertividad sexual, sexo seguro y respuestas emocionales positivas al sexo.

La abstinencia y el riesgo de embarazo son temas que los adolescentes han hablado más con amigos o compañeros. Los adolescentes sexualmente activos hablan más de temas sexuales con sus amigos que los que no son sexualmente activos. Se desconoce cómo se relaciona la comunicación sexual con los amigos con las metas en la vida, con la satisfacción y frustración de las NPB y con la motivación autodeterminada para evitar un embarazo.

Comunicación sexual de pareja. Guerra et al. (2019), en un estudio identificaron el tipo de vida sexual, la autoeficacia y actitud que tienen los adolescentes sobre las conductas sexuales de riesgo. La muestra fue de 125 estudiantes de 15 a 18 años de edad ($M = 17$, $DE = .43$). En los resultados respecto a la comunicación con la pareja, en una escala del uno al cinco, los adolescentes se perciben medios seguros de preguntar a su pareja sobre las relaciones sexuales en el pasado ($M = 3.55$, $DE = 1.32$) y se percibieron medios seguros de preguntar a sus parejas si han tenido una experiencia homosexual con una media de 3.31($DE = 1.51$). Los adolescentes se percibieron medio seguros de mantener relaciones sexuales con una pareja para toda la vida ($M = 3.57$, $DE = 1.41$) y de tener relaciones sexuales hasta el matrimonio ($M = 3.09$, $DE = 1.52$).

Pérez (2014) realizó un estudio con el objetivo de identificar diferencias en el nivel de conocimientos y creencias sobre sexualidad, habilidades en la toma de decisiones y comunicación asertiva, de acuerdo al uso y frecuencia de anticoncepción por tipo de pareja sexual (regular u ocasional). La muestra fue de 489 estudiantes del Estado de Morelos, con edades entre 14 y 20 años, con una media de 16.17 años ($DE = 2.4$). En los hallazgos se reportan las medias más altas en la habilidad de comunicación asertiva con la pareja sexual ocasional en los estudiantes que siempre utilizaban un método anticonceptivo ($M = 3.34$, $DE = 0.06$) y en los que lo utilizaban pocas veces ($M = 3.18$, $DE = 0.14$), en comparación con los que utilizaron un método anticonceptivo pocas veces ($M = 2.98$, $DE = 0.09$). En los estudiantes con pareja sexual regular, se identificó mayor comunicación asertiva en aquellos que usaban anticonceptivos siempre en sus relaciones sexuales ($M = 3.30$, $DE = 0.42$) o que no habían iniciado vida sexual ($M = 3.34$, $DE = 0.56$), respecto a los que se protegían “pocas veces” ($M = 3.09$, $DE = 0.09$).

Williams y Russell (2013) examinaron las características y los contextos de las relaciones sexuales heterosexuales de los adolescentes, haciendo uso de la auto clasificación de sus relaciones como románticas o no románticas y sus informes de las actividades emocionales, sociales y físicas compartidas con sus parejas dentro de estos tipos de relaciones. La muestra consistió en 2700 adolescentes de 15 a 16 años de edad que estudiaban en escuelas secundarias de los Estados Unidos, que informaron haber tenido relaciones sexuales heterosexuales en el contexto de una relación sexual romántica o no romántica durante los 18 meses anteriores. En los resultados se muestra que el 79.69% de los adolescentes que reportan una relación sexual romántica, discuten sobre anticonceptivos e ITS con su pareja en comparación con los adolescentes que tienen una relación sexual no romántica con su pareja (65.31%).

De igual manera el 82.63% de las mujeres que tienen una relación sexual romántica con su pareja son las que más discuten sobre anticonceptivos e ITS en

comparación con el 75.97% de los hombres ($\chi^2 = 7.26, p < .01$). En cuanto a los adolescentes que reportan relaciones sexuales tanto románticas como no románticas las mujeres discutían más sobre anticonceptivos e ITS con su pareja cuando tenían relaciones sexuales románticas (81.10%) que cuando tenían relaciones sexuales no románticas (71.48%). Se observó una correlación positiva entre las relaciones sexuales románticas y discutir sobre anticonceptivos e ITS ($r = .20; p < .05$).

Zimmer-Gembeck (2013), realizó un estudio en Australia con el propósito de examinar la autoeficacia sexual de las mujeres y sus asociaciones con la autonomía psicológica individual, y también considerar las parejas románticas y las habilidades de las mujeres para comunicarse con sus parejas, a partir de modelos de ecuaciones estructurales. La muestra fue de 199 mujeres de 16 a 25 años de edad. En el primer modelo estructural, las participantes con mayor autonomía ($\beta = .37; p < .05$) que informaron más calidez ($\beta = .27; p < .05$) y menos coerción ($\beta = -.17; p < .05$) por parte de sus parejas, percibieron que tenían más capacidad para comunicarse claramente con sus parejas y a su vez, reportaron más autoeficacia sexual ($\beta = .32; p < .05$).

El tercer modelo se ajustó para mantener solo las rutas significativas del segundo modelo, donde se reportó que las mujeres con mayor autonomía percibieron una mayor capacidad para comunicarse con sus parejas ($\beta = .39, p < .01$). Las mujeres que tenían parejas más cálidas percibían una mayor capacidad para comunicarse con ellas ($\beta = .38, p < .01$) y reportaban más autoeficacia sexual ($\beta = .21, p < .01$), al contrario, las mujeres que informaron de forma compulsiva los comportamientos de sus parejas reportaron menos capacidad para comunicarse ($\beta = -.26, p < .01$). La capacidad de comunicarse con las parejas puede tener un vínculo directo débil con la autoeficacia sexual ($\beta = .13, p = .07$).

Jiménez (2010) desarrollo un estudio con el propósito de evaluar la comunicación sexual de pareja en adolescentes, así como identificar sus estilos de negociación y su relación con el uso del condón, la intención y los conocimientos sobre

VIH/sida e ITS. La muestra se conformó por 141 adolescentes sexualmente activos, de los cuales 78 fueron hombres y 63 mujeres. Con edades de 12 a 19 años y una media de edad de 16.18 años. En los hallazgos el 71.9% de los adolescentes reportó conversar con su pareja sobre temas de sexualidad, de los cuales el 63.2% eran hombres y 82.5% mujeres, con una diferencia significativa ($\chi^2 = 6.411$, $p = .011$). Respecto a los temas abordados se encontraron diferencias significativas por sexo en el tema de embarazos no deseados ($\chi^2 = 9.009$, $p < .003$).

Igualmente, se muestra que las mujeres hablan más con sus parejas sobre temas como el condón (76.9%), los embarazos no deseados (76.9%) y la posibilidad de tener relaciones sexuales (67.3%), en comparación de los hombres (60.4%, 47.9% y 60.4% respectivamente), mientras que ellos tratan más sobre temas como el VIH/sida (50%), las pastillas anticonceptivas (43.8%) y el alcohol (35.4%), a diferencia de las mujeres (36.5%, 32.7% y 28.8% respectivamente). En relación a la frecuencia sobre la que hablan de estos temas se encontró que tanto hombres (2.59%) como mujeres (2.40%) se comunican de manera ocasional con sus parejas; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas ($t = .839$, $p = .404$).

En síntesis, existe una relación entre la edad y la comunicación con las parejas. Los adolescentes hablan menos temas de sexualidad con sus parejas que con los padres o amigos. Los adolescentes sexualmente activos y los que tienen una relación sexual romántica hablan más de temas sexuales como anticonceptivos e ITS con sus parejas, que los adolescentes que no son sexualmente activos y los que tienen una relación no romántica con su pareja.

Tanto hombres como mujeres se comunican de manera ocasional con sus parejas. Las mujeres conversan más con su pareja sobre el condón, embarazos no deseados y la posibilidad de tener relaciones sexuales, mientras que los hombres hablan más sobre temas como el VIH/sida, las pastillas anticonceptivas y el alcohol. No se conoce la

relación que existe entre la comunicación sexual con la pareja y las metas en la vida, la satisfacción y frustración de las NPB y con la motivación autodeterminada.

Metas en la vida intrínsecas y extrínsecas. Atienzo, Campero, Lozada y Herrera (2014) analizaron las intenciones de adolescentes de formar una familia a edad temprana en estudiantes de ocho secundarias y preparatorias en Morelos y Ciudad de México. La muestra estuvo conformada por 3053 adolescentes sin embarazo previo y con deseos de formar una familia con promedio de edad de 15.8 años ($DE = 1.5$). En los resultados la probabilidad de tener un hijo antes de los 20 años de edad, el 13% de los hombres en comparación con el 7.7% de las mujeres reconocieron cierta probabilidad de tener un hijo antes de dicha edad ($p < .05$).

Se observa que el 71% de los adolescentes con intenciones de tener un hijo después de los 20 años de edad, espera continuar sus estudios hasta posgrado y opinan que el principal beneficio de estudiar es tener mayores conocimientos que les permitan oportunidades de crecimiento personal. Otra diferencia identificada entre los adolescentes que originan las intenciones de tener hijos hasta o después de los 20 años de edad es estar satisfecho con su escuela lo cual conlleva la importancia de conseguir un alto nivel de estudios ($\beta = .04, p < .05$), considerar como muy importante alcanzar este aspecto ($\beta = .13, p < .05$) y tener un mayor nivel socioeconómico ($\beta = .03, p < .05$). El ser hombre reduce las intenciones de tener hijos hasta los 20 años de edad o después ($\beta = -.07, p < .05$).

En síntesis, no se conoce cómo influyen las metas en la vida (basadas en la TAD), ni qué tipo de metas (intrínsecas o extrínsecas) son las que favorecen la prevención del embarazo adolescente. Así como su relación con la motivación autodeterminada y con la conducta sexual de prevención del embarazo.

Satisfacción y frustración de las NPB. Riley y McDermott (2018), realizaron un estudio en Estados Unidos el cual tuvo por objetivo examinar el apoyo de los padres a la autonomía (de las tres NPB) de los adolescentes, experiencias de los padres en

comunicación del riesgo sexual y la motivación intrínseca de los adolescentes como predictores del comportamiento y el conocimiento del riesgo sexual. La población fueron estudiantes universitarios de 19 y 20 años de edad, solteros, no ser padres y estar inscritos en la institución donde se recopilaron los datos durante el año académico, la muestra de conveniencia fue de 249 estudiantes.

Los resultados reportan que el apoyo del padre a la autonomía se asoció con la comunicación del riesgo sexual de ambos padres (madre $r = .25, p < .001$; padre $r = .27, p < .001$), así como con la motivación intrínseca del adolescente ($r = .17, p < .01$); sin embargo, no se asoció con el conocimiento del riesgo sexual. El modelo final evidenció un ajuste aceptable, el apoyo a la autonomía explicó el 12% de la varianza en el comportamiento del riesgo sexual en el adolescente, el 7% en la motivación intrínseca del adolescente y el 2% en el conocimiento del riesgo sexual en el adolescente.

En un estudio realizado por Parkes, Henderson, Wight y Nixon (2011) identificaron los procesos de crianza que están asociados con la evitación del riesgo sexual, la autonomía y la relación. La población se constituyó por adolescentes de trece secundarias de Escocia, en una muestra de 1854 adolescentes con una edad promedio de 15.5 años. Para el estudio los investigadores se basaron en las NPB, específicamente en la autonomía y la relación debido a que son aspectos críticos del funcionamiento de la persona, que la crianza positiva podría alentar. Se refirieron a la “autonomía sexual” como la voluntad y el control; y “la relación sexual” para tener relaciones sexuales en el contexto de una relación estable.

Para el análisis de los resultados se consideraron para los adolescentes con experiencia sexual: autonomía sexual y relaciones sexuales. Mientras que para los adolescentes sin experiencia sexual se consideró: la expectativa de estar enamorado en el primer encuentro sexual y la expectativa de tener una relación de pareja en su primer encuentro sexual. Respecto al proceso de crianza parental se tomaron dos categorías: enfocado en el sexo (valores de los padres percibidos que restringen las relaciones

sexuales y valores parentales percibidos que respaldan el uso de anticonceptivos) y el genérico (apoyo parental y reglas de los padres sobre el contenido de la televisión).

En los resultados, los valores de los padres percibidos que restringen las relaciones sexuales se asociaron positivamente con la autonomía sexual del adolescente ($r = .06, p < .05$), con las relaciones sexuales ($r = .32, p < .05$), con la expectativa de estar enamorado en la primera relación sexual ($r = .45, p < .001$) y con la expectativa de estar en una relación de pareja en la primera relación sexual ($r = .41, p < .001$). El apoyo parental se asoció con la autonomía sexual ($r = .13, p < .01$), las relaciones sexuales ($r = .33, p < .01$) y con la expectativa de estar en una relación de pareja en el primer encuentro sexual ($r = .35, p < .001$). Las reglas de los padres sobre el contenido de la televisión se asociaron con la expectativa de sexo en una relación, en lugar de casualmente ($r = .83, p < .01$). Las mujeres mostraron una mayor autonomía sexual ($M = 4.18, DE = 0.69$) que los hombres ($M = 3.93, DE = 0.65$) en la primera relación sexual.

En síntesis, las mujeres tienen mayor autonomía sexual que los hombres en la primera relación sexual. El apoyo del padre a la autonomía (de las tres NPB) se asocia con la comunicación del riesgo sexual, pero no con el conocimiento del riesgo sexual. La NPB de relación se asocia con las relaciones sexuales del adolescente y con la expectativa de estar en una relación de pareja en el IVS. Se desconoce la asociación de la satisfacción y frustración de las NPB con la prevención del embarazo.

Motivación autodeterminada. Riley y McDermott (2018), realizaron un estudio en Estados Unidos para examinar el apoyo de los padres a la autonomía de los adolescentes, experiencias de los padres en comunicación del riesgo sexual y la motivación intrínseca de los adolescentes como predictores del comportamiento y el conocimiento del riesgo sexual. La muestra por conveniencia fue de 249 estudiantes. Los resultados reportan una correlación negativa entre la motivación intrínseca del adolescente y el comportamiento de riesgo sexual ($r = -.26, p < .001$). La comunicación

del riesgo sexual de la madre y la motivación intrínseca del adolescente fueron estadísticamente significativas ($\beta = .20, p < .05$), así como la comunicación del riesgo sexual del padre y la motivación intrínseca ($\beta = -.19, p < .05$).

Gravel, Pellieter y Reissing (2016), desarrollaron una investigación en Canadá para examinar la Escala de Motivación Sexual (SexMS) que mide los diferentes tipos de autorregulación propuestos por la TAD en el contexto de las relaciones sexuales. Para lo cual realizaron dos estudios donde el objetivo del estudio uno fue establecer la validez factorial de SexMS mediante un análisis factorial confirmatorio en población de estudiantes universitarios, tener mínimo 17 años de edad, sexualmente activos y con pareja casual o comprometida. La muestra consistió en 1133 estudiantes (895 mujeres y 238 hombres) de diferentes etnias. La media de edad de los participantes fue de 19.91 años ($DE = 4.00$, rango = 17-50).

En los resultados de este estudio se compararon las puntuaciones de SexMS en función del sexo y el tipo de relación. En cuanto al sexo, los hombres mostraron la regulación intrínseca ($M = 5.98, DE = 1.03$), integrada ($M = 4.47, DE = 1.37$), introyectada ($M = 3.56, DE = 1.61$), externa ($M = 2.73, DE = 1.31$) y de no motivación ($M = 1.48, DE = 0.76$) con mayor fuerza que las mujeres. Para el tipo de relación, los participantes involucrados en una relación casual mostraron la regulación introyectada ($M = 3.69, DE = 1.61$), externa ($M = 2.44, DE = 1.35$) y la no motivación ($M = 1.64, DE = 0.86$) con mayor fuerza que aquellos en una relación comprometida. En resumen, hubo algunas diferencias en función del sexo y el tipo de relación y se referían principalmente a tipos de regulación sexual no autodeterminados.

Respecto al segundo estudio el objetivo fue investigar a fondo la validez de construcción de SexMS examinando su validez discriminante y su validez concurrente, por lo que examinaron los patrones de correlación entre SexMS y las medidas de motivación global y relacional. Los participantes fueron una muestra separada de 590 estudiantes (449 mujeres y 141 hombres) con una media de edad $M = 20.58$ ($DE = 4.11$,

rango = 17-58) de diferentes etnias y orientación sexual; la mayoría de los participantes se identificaron como heterosexuales (93%). La mayoría de los participantes tenían una relación comprometida en el momento del estudio (80%).

En el análisis de los datos los hombres aprobaron las regulaciones sexuales intrínseca ($M = 5.98$, $DE = 1.05$), integrada ($M = 4.34$, $DE = 1.44$), introyectada ($M = 3.44$, $DE = 1.71$), externa ($M = 2.58$, $DE = 1.37$) y la no motivación ($M = 1.48$, $DE = 0.81$) en mayor medida que las mujeres. Los participantes en una relación casual aprobaron todas las regulaciones sexuales en mayor medida que los que estaban en una relación comprometida: intrínseca ($M = 6.08$, $DE = 0.84$), integrada ($M = 4.30$, $DE = 1.52$), identificada ($M = 5.12$, $DE = 1.21$), introyectada ($M = 3.50$, $DE = 1.68$), externa ($M = 2.27$, $DE = 1.16$) y no motivada ($M = 1.62$, $DE = 0.81$).

En un estudio Hardy, Dollahite, Johnson y Christensen (2015) en Estados Unidos, tuvieron por objetivo utilizar la TAD para comprender las motivaciones de los adolescentes para participar en comportamientos pro-sociales (donaciones de caridad y voluntariado) y abstenerse de comportamientos de riesgo para la salud (relaciones sexuales y consumo de marihuana) en una población de adolescentes estudiantes de 15 a 18 años de edad, donde se obtuvo una muestra de 419 estudiantes. En los resultados identificaron cuatro perfiles de motivación: baja motivación, motivación media, alta motivación y motivación mixta, para cada comportamiento de los adolescentes (donaciones de caridad, voluntariado, relaciones sexuales y consumo de marihuana).

Respecto al comportamiento de relaciones sexuales en adolescentes, en el grupo de alta motivación: la motivación intrínseca fue significativamente mayor ($M = 6.52$, $DE = 0.58$) que la motivación extrínseca ($M = 5.72$, $DE = 0.87$), en el grupo de baja motivación: la motivación extrínseca fue baja ($M = 2.23$, $DE = 0.75$) al igual que la motivación intrínseca ($M = 1.62$, $DE = 0.75$), el grupo de motivación mixta: fue alto en motivación extrínseca ($M = 4.46$, $DE = 0.67$) y bajo en motivación intrínseca ($M = 2.71$,

$DE = 0.66$). No hubo diferencias para el grupo motivación moderada: mediano en ambas motivaciones intrínseca ($M = 4.67$, $DE = 0.76$) y extrínseca ($M = 4.39$, $DE = 1.02$).

El índice relativo de autonomía para el sexo fue negativamente predictivo para tener relaciones sexuales ($\beta = -.24$, $DE = 0.06$, $p < .001$). Así mismo la motivación intrínseca para el sexo se relacionó negativamente con tener relaciones sexuales ($\beta = -.31$, $DE = 0.06$, $p < .001$), así como la motivación extrínseca ($\beta = -.15$, $DE = 0.06$, $p < .05$).

Kindelberger y Tsao (2014), llevaron a cabo un estudio en Francia, con el objetivo de desarrollar y validar una escala que midiera la motivación de relación romántica a través de las experiencias románticas como besar por diversión, besar por amor y relaciones sexuales durante la adolescencia en etapa media y tardía, basada en la TAD. Participaron 284 adolescentes de 14 a 19 años de edad, que vivieran en un área urbana y asistieran a una escuela secundaria. Para identificar la mejor estructura factorial de la escala de motivación romántica, se realizó un análisis factorial, el cual indicó cuatro dimensiones: motivación intrínseca (a la intimidad y la compañía), regulación identificada (necesidad de prácticas sexuales), motivación extrínseca (presión de los compañeros y mejora de sí mismo), y la no motivación, explicando el 46% de la varianza total del cuestionario.

Se reportó en los resultados que conforme aumenta la edad, las mujeres tienen mayor motivación de relación romántica autodeterminada (grupo de 14 a 15 años $M = 6.69$, $DE = 2.18$; grupo de más de 17 años $M = 8.14$, $DE = 2.03$) que los hombres (grupo de 14 a 15 años $M = 4.07$, $DE = 2.92$; grupo de más de 17 años $M = 6.49$, $DE = 3.59$), los hallazgos muestran que los adolescentes pasaron de las razones extrínsecas a las intrínsecas en la relación romántica conforme se incrementa la edad. Así mismo la no motivación contribuyó a reducir la probabilidad de haber participado en todas las experiencias románticas (besar por diversión $OR = 0.59$, $IC\ 99\% [0.34, 1.02]$,

$p < .05$; besar por amor $OR = 0.38$, $IC\ 99\% [0.22, 0.68]$, $p < .05$; relaciones sexuales $OR = 0.41$, $IC\ 99\% [0.19, 0.88]$, $p < .001$).

La regulación identificada aumentó la probabilidad de haber besado a alguien por diversión ($OR = 2.56$, $IC\ 99\% [1.54, 4.26]$, $p < .001$), mientras que la motivación intrínseca disminuyó esta probabilidad ($OR = 0.57$, $IC\ 99\% [0.29, 1.10]$, $p < .05$). La regulación identificada también contribuyó a aumentar la probabilidad de haber tenido relaciones sexuales ($OR = 1.61$, $IC\ 99\% [0.88, 2.95]$, $p < .05$) y la motivación extrínseca redujo la probabilidad ($OR = 0.33$, $IC\ 99\% [0.16, 0.70]$, $p < .001$).

Brunell y Webster (2013) propusieron un modelo de motivación sexual autodeterminada para examinar la motivación sexual en las relaciones de pareja utilizando un marco de TAD. Por lo que se realizaron tres estudios para probarlo en una población de estudiantes de psicología que estuvieran en una relación de noviazgo por al menos 4 semanas. El primer estudio consistió en un cuestionario diseñado para evaluar cómo se sentían las personas en general acerca de su relación sexual con sus parejas, la muestra fue de 202 estudiantes, con una media de edad de 18.81 años ($DE = 2.09$). En los resultados se reporta que la motivación sexual autodeterminada predice positivamente el bienestar psicológico ($\beta = .19$, $p < .05$) y la calidad de la relación de pareja ($\beta = .39$, $p < .001$).

El segundo estudio tuvo como objetivo examinar la interacción sexual y cómo esta se relaciona con el bienestar psicológico y la calidad de la relación, esto analizado a través de un registro diario durante dos semanas. La muestra fue de 147 estudiantes, con una media de edad 19.10 años ($DE = 1.76$). En los resultados se indica que la motivación sexual autodeterminada esta positivamente relacionada con el bienestar psicológico ($\beta = .13$, $t = 4.29$, $p < .001$, $r = .34$) y con la calidad de la relación ($\beta = .15$, $t = 3.80$, $p < .001$, $r = .30$). Además, existe una relación positiva entre la motivación sexual autodeterminada y la necesidad de satisfacción sexual ($\beta = .49$, $t = 6.14$, $p < .001$, $r = .45$), así mismo la necesidad de satisfacción sexual se relacionó positivamente con el

bienestar psicológico ($\beta = .16, t = 6.22, p < .001, r = .46$) y con la calidad de la relación de pareja ($\beta = .22, t = 6.49, p < .001, r = .47$).

Por último, el tercer estudio se basó en un registro de interacción sexual donde los participantes documentaban su motivación para tener relaciones sexuales, sus sentimientos acerca de tener relaciones sexuales, su bienestar psicológico diario y la calidad de la relación de pareja durante tres semanas, para examinar los efectos a nivel de la persona y de la pareja. La muestra consistió de 88 estudiantes con una media de edad de 19.10 años ($DE = 1.76$) que estuvieran en una relación heterosexual y que vivieran a menos de 40 kilómetros de su pareja.

Los resultados mostraron que la motivación sexual autodeterminada de las mujeres estuvo positivamente relacionada con el bienestar psicológico femenino ($\beta = .07, p < .05, r = .45$), mientras que la motivación sexual autodeterminada de los hombres está relacionada positivamente con el bienestar psicológico femenino ($\beta = .03, p < .10, r = .35$) y con el bienestar psicológico masculino ($\beta = .09, p < .05, r = .57$). La necesidad de satisfacción sexual de las mujeres está relacionada con la motivación sexual autodeterminada de las mujeres ($\beta = .09, p < .05, r = .66$). La motivación sexual autodeterminada de las mujeres está relacionada con la satisfacción de la relación femenina ($\beta = .03, p < .05, r = .38$). Respecto a los hombres la motivación sexual autodeterminada está relacionada positivamente con la satisfacción de la relación femenina ($\beta = .02, p < .05, r = .32$) y con la satisfacción de la necesidad sexual masculina ($\beta = .12, p < .05, r = .73$); y la satisfacción de la necesidad sexual masculina está relacionada con la satisfacción de la relación masculina ($\beta = .25, p < .05, r = .50$).

Fava y Bay-Cheng (2012) realizaron un estudio en Estados Unidos con el objetivo de examinar la relación de los motivos sexuales, la coerción sexual y el funcionamiento psicológico con la iniciación del sexo oral durante la adolescencia en estudiantes universitarios del Atlántico, los cuales debían haber practicado sexo oral. Los participantes fueron 418 que tenían una media de edad de 19 años e informaron

haber iniciado cunnilingus a una edad de 17 años ($DE = 1.5$), felación a los 16 años de edad ($DE = 1.7$) y relaciones sexuales vaginales a los 17 años ($DE = 1.6$).

La motivación sexual se midió mediante ocho subescalas que evaluaron diferentes motivos para participar en relaciones sexuales: impulso personal, relacional, integrado, introyectado, poder, aprendizaje, externo y no motivación; de los cuales cinco de ellos son los tipos de regulación de la TAD (impulso personal corresponde a la regulación intrínseca, integrado – regulación integrada, introyectado – regulación introyectada, externo – regulación externa y no motivación – no motivación). El motivo del impulso personal (regulación intrínseca) representa la idea de que uno podría tener relaciones sexuales porque es inherentemente estimulante y personalmente gratificante.

El motivo integrado (regulación integrada) indica que el adolescente considera que el sexo es una parte integral del yo, y el motivo introyectado (regulación introyectada) se refiere a cómo el sexo hace que uno se sienta acerca de sí mismo. El motivo externo (regulación externa) se refiere a las presiones externas y los sentimientos negativos como la fuerza motriz para participar en el sexo. Por último, la no motivación señala sentimientos bajos de autoeficacia, control e intencionalidad con respecto al sexo.

En los hallazgos se encontró que la edad de inicio del cunnilingus no se relacionó con la coerción sexual, así como tampoco con el funcionamiento psicológico. Sin embargo si se relaciona con los motivos sexuales, el motivo sexual que corresponde a la regulación intrínseca (impulso personal) se relacionó significativa y negativamente con la edad de inicio del cunnilingus ($r = -.17, p < .01$), la regulación integrada ($r = -.15, p < .05$) y con la regulación introyectada ($r = -.14, p < .05$). La edad de inicio de la felación se relacionó negativamente con la regulación introyectada ($r = -.13, p < .05$). Estos hallazgos indican que a menor edad de inicio del cunnilingus mayor participación en el intercambio sexual y mayor gratificación personal.

En síntesis, conforme aumenta la edad de los adolescentes pasan de las regulaciones extrínsecas a las intrínsecas, la motivación autodeterminada también

aumenta, aunque en las mujeres es mayor la autodeterminación que en los hombres. La motivación sexual autodeterminada de las mujeres se relaciona con el bienestar psicológico y la calidad de la relación de pareja. Respecto a la motivación intrínseca del adolescente, existe una relación negativa con el comportamiento de riesgo sexual como tener relaciones sexuales, y una relación positiva con la comunicación del riesgo sexual de los padres.

En cuanto a la motivación extrínseca, contribuye a aumentar la probabilidad de haber tenido relaciones sexuales y la no motivación favoreció a reducir la probabilidad de participar en experiencias románticas. Cabe mencionar que en los estudios se prescinde de la relación que puede haber entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo.

Conducta sexual de prevención del embarazo. Chiliquinga, Salazar, Riofrio y Loaiza (2021) desarrollaron una revisión sistemática exploratoria con el objetivo de establecer un marco analítico para explicar el uso o no uso de métodos anticonceptivos en Latinoamérica. La revisión estuvo conformada por 33 artículos científicos, con edades de la población de estudio de 17 a 35 años. En la exploración de los estudios se identificó que el uso de métodos anticonceptivos está relacionado a la edad, sexo, clase social, tener pareja, tiempo de relación con la pareja, violencia de pareja, calidad en la información sobre los métodos y las ITS.

Guerra et al. (2019), identificaron el tipo de vida sexual, la autoeficacia y actitud que tienen los adolescentes sobre las conductas sexuales de riesgo. La muestra fue de 125 estudiantes de 15 a 18 años de edad ($M = 17$, $DE = .43$). En los resultados respecto a las conductas sexuales de riesgo señalan estar nada de acuerdo en arriesgarse a contraer alguna ITS, a no tener relaciones sexuales con 1.47 ($DE = 1.18$). También mencionan estar de acuerdo en que el uso del condón es bueno para su salud ($M = 4.45$, $DE = 1.07$) y se sienten muy seguros de usar condón cada vez que tengan relaciones sexuales con una media de 4.47 ($DE = .97$) en una escala del uno al cinco; y se sienten muy seguros

de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si su pareja prefiere no usarlo ($M = 4.21$, $DE = 1.13$).

Somefun (2019) realizó una investigación en Nigeria con el objetivo de explorar el papel de la religiosidad en la abstinencia sexual en una muestra de 2339 jóvenes solteros de 15 a 24 años de edad ($M = 20.45$, $DE = 2.71$), de los cuales 1311 fueron mujeres y 1028 hombres. En los resultados se reporta que el 28.69% eran católicos, 39.97% cristianos, 24.54% musulmanes y aproximadamente el 1.80% practicaba la religión tradicional. El 88% de los participantes eran altamente religiosos, el 61% señaló que la religión era muy importante para ellos en comparación con el 34% que manifestó que la religión no era importante.

Respecto a las relaciones sexuales el 67.59% no ha tenido IVS. Los participantes que eran altamente religiosos eran cerca de dos veces más propensos a abstenerse de tener relaciones sexuales ($OR = 2.04$, $IC\ 95\% [1.58, 2.63]$). Los participantes de 18 a 24 años tuvieron una probabilidad significativamente menor de abstenerse en comparación con sus contrapartes de 15 a 17 años ($OR = 0.15$, $IC\ 95\% [0.10, 0.22]$). En comparación con los católicos, los participantes cristianos tenían probabilidades significativamente más bajas de abstenerse ($OR = 0.72$, $IC\ 95\% [0.58, 0.89]$) y los participantes musulmanes fueron significativamente más propensos a abstenerse ($OR = 1.38$, $IC\ 95\% [1.09, 1.75]$). Referente a la educación los participantes que estaban cursando la educación superior tenían probabilidades significativamente más altas de abstenerse ($OR = 2.09$, $IC\ 95\% [1.24, 2.27]$), mientras que los que trabajaban por dinero tenían menos probabilidades de abstenerse ($OR = 0.47$, $IC\ 95\% [0.35, 0.63]$).

Wheeler et al. (2018) realizaron un estudio con el propósito principal de describir la proporción de hombres jóvenes que percibieron que aprendieron sobre la prevención del embarazo en la atención primaria, estratificados por el estado de comportamiento sexual. Un propósito secundario fue examinar las asociaciones entre este resultado y el historial reproductivo, el uso de anticonceptivos en el último sexo y la recepción de los

servicios de prevención del embarazo en la visita. La muestra fue constituida por 427 hombres de 15 a 24 años de edad. Los participantes fueron distribuidos entre las edades de 15 a 17 (42%), de 18 a 19 (19%) y de 20 a 24 (39%) años de edad.

En los resultados se identificó que la recepción del servicio de prevención del embarazo, el 47.9% de los participantes no recibió ningún servicio, al 9.5% se le preguntó sobre sus planes de tener hijos, el 14.7% recibió asesoramiento sobre la prevención del embarazo y el 27.9% recibió ambos servicios. En la última relación sexual el 28.4% de los participantes no utilizó ningún método, el 38.5% usó solo un condón y el 17.6% informó sobre el uso del método dual. Los participantes que percibieron que aprendieron sobre la prevención del embarazo en la visita a la clínica fue el 31.6%. Específicamente en los participantes sexualmente activos, el 33% percibió que aprendió sobre la prevención del embarazo en la visita, respecto al uso de método anticonceptivo en la última relación sexual, se basaron únicamente en el método de la pareja ($aRR = 7.89$, $IC\ 95\% [2.35, 26.50]$, $p = .001$) o el condón ($aRR = 3.57$, $IC\ 95\% [1.19, 10.78]$, $p = .024$), en comparación con el uso del método dual.

Villalobos, de Castro, Rojas y Allen (2017) en un estudio describieron el comportamiento sexual y el uso de anticonceptivos en adolescentes escolarizados, en una muestra de 3824 adolescentes de entre 15 y 18 años, de los cuales 2140 eran mujeres. En los resultados reportaron que el 36.2% había iniciado vida sexual (44.8% de los hombres y 28.3% de las mujeres), el 35.8% ($IC\ 95\% [31.0, 40.9]$) de los hombres y el 19% ($IC\ 95\% [15.7, 22.9]$) de las mujeres iniciaron vida sexual antes de los 15 años de edad. Se reportó que el 24.9% ($IC\ 95\% [22.0, 28.2]$) de los adolescentes hombres, y el 25.2% ($IC\ 95\% [21.0, 29.8]$) de las mujeres señalaron no haber usado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. De esta manera, el 81.1% de los hombres ($IC\ 95\% [78.8, 83.2]$) declaró haber usado condón en la última relación sexual, en comparación con las mujeres (74.1%; $IC\ 95\% [70.6, 77.3]$).

En general, los adolescentes que no usaron un método anticonceptivo en la relación sexual más reciente fue el 11.1% (*IC* 95% [8.9, 13.7]). De las mujeres adolescentes sexualmente activas el 12.2% (*IC* 95% [8.8, 16.6]) señaló no utilizar métodos anticonceptivos, y de éstas, 5.7% (*IC* 95% [4.0, 8.1]) eran adolescentes no embarazadas con necesidad de espaciar un embarazo, el .4% (*IC* 95% [0.1, 1.4]) eran adolescentes con necesidades insatisfechas de anticonceptivos para evitar embarazarse. De las adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos (87.8%; *IC* 95% [83.4, 1.2]) el 82.5% (*IC* 95% [77.8, 86.3]) usa condón, 26.6% (*IC* 95% [22.4, 31.3]) métodos tradicionales como el coito interrumpido, ritmo, uso de espumas y óvulos, el 7.6% (*IC* 95% [53.0, 10.9]) anticonceptivos reversibles de acción prolongada, 12.3% (*IC* 95% [9.5, 15.9]) pastillas, 11.4% (*IC* 95% [7.8, 16.5]) anticoncepción de emergencia, y el 0.3% (*IC* 95% [0.0, 2.1]) el parche.

Byers, O'Sullivan y Brotto (2016) investigaron las decisiones de los adolescentes con experiencia sexual a fin de evitar a propósito la actividad sexual (abstinencia sexual) y / o las relaciones románticas con un enfoque en qué tan comunes son estas decisiones y los factores que influyen en ellas. La muestra se constituyó por 324 adolescentes (56% mujeres) de 16 a 21 años de edad. En los resultados se identificó que el 27% de los adolescentes se involucró en la abstinencia sexual, el 47% en la evitación romántica y el 15% evitaron ambos.

La abstinencia sexual mostró una correlación positiva con las creencias sexuales disfuncionales (conservadurismo sexual, deseo, placer como pecado, creencias de la educación y la imagen corporal, la negación de la superioridad del afecto y de la maternidad, machismo) ($r = .21, p < .01$) y con la religiosidad ($r = .24, p < .01$). Entre las razones de los adolescentes para tener abstinencia sexual el 32% de ellos refirió la falta de placer o disfrute, el 30% aspectos de la relación romántica, 15% los valores como el querer ser más cristiano, 14% miedo a las consecuencias de tener relaciones

sexuales como las infecciones y el 10% de los adolescentes sintieron emociones negativas como sentirse usado, por lo que decidieron practicar la abstinencia sexual.

Shiferaw, Getahun y Asres (2014) realizaron una investigación con el propósito de evaluar la comunicación de los adolescentes sobre los problemas de salud sexual y reproductiva con los padres y los factores asociados entre los estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias en la ciudad de Debremarkos, Etiopía. La muestra estuvo conformada por 697 estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias de 10 a 24 años de edad de los cuales el 49.9% eran hombres. En los hallazgos se reportaron los conocimientos sobre temas de salud sexual reproductiva donde el 59.9% sabían cuándo comenzó la menarquia, y la edad media informada de esta fue de 13.48 ($DE = 1.69$).

En cuanto a los métodos anticonceptivos, el 91.7% de los participantes ha oído hablar de ellos, de los cuales el norplant fue el método anticonceptivo más escuchado (73.7%), seguido de los inyectables (72.2%). Respecto a los anticonceptivos de emergencia, el 49.7% de los participantes escuchó sobre ellos. Más de la mitad de los encuestados mencionó que tienen información sobre salud sexual y reproductiva (61.9%). Entre las fuentes de información mencionadas para asuntos de salud sexual reproductiva, la televisión y la escuela representan el 48.3% y 42.6% respectivamente; sólo el 28.8% de los encuestados reportó que sus fuentes de información de salud sexual reproductiva fueron las amigas y 24.3% las madres.

En síntesis, los temas de salud sexual reproductiva que más se abordan son los métodos anticonceptivos, la abstinencia sexual, ITS y riesgo de embarazo. La información se adquiere principalmente por la televisión, la escuela, los amigos y las madres. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, el condón es el que se usa principalmente, algunos participantes no utilizan ningún método, mientras que otros emplean el método dual. La abstinencia sexual, se relaciona con la religión, tener mayor grado de estudios y con trabajar para ganar dinero, así como las creencias sobre las relaciones sexuales. Se desconocen los factores psicológicos como las metas en la vida,

las NPB y la motivación autodeterminada que influyen en la conducta sexual de prevención del embarazo mediante el uso de métodos anticonceptivos.

Definición de Términos

Edad. Es el número de años de vida que el adolescente tiene al momento de la aplicación de los instrumentos.

Sexo. Es la identificación biológica del adolescente, el cual puede ser hombre o mujer.

Edad de inicio de vida sexual. Se refiere al número de años de vida en los que el adolescente tuvo su primera relación sexual.

Conocimiento sobre prevención del embarazo, es la información adquirida por el adolescente acerca de la salud reproductiva, la forma en que ocurre un embarazo y de los diferentes métodos que se pueden utilizar, su uso correcto y eficacia para evitarlo en edad temprana.

Comunicación sexual. Es el vínculo que establece el adolescente con personas significativas del contexto que tienen un rol fundamental para la prevención del embarazo e influyen en la satisfacción o frustración de las NPB. Se consideran a los padres, amigos y a la pareja sexual o sentimental como figuras importantes en la vida del adolescente.

Comunicación sexual parental. Se refiere a la percepción del adolescente acerca de la información sexual que tienen sus padres con él/ella, respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

Comunicación sexual con los amigos. Se describe como la información sexual que recibe y comparte el adolescente con sus amigos respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

Comunicación sexual de pareja. Es la conversación con la pareja sexual respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

Metas en la vida para la prevención del embarazo. Son los motivos o razones del adolescente por las que se involucra en una conducta o persigue un propósito en la vida. Estas se clasifican en metas en la vida intrínsecas o extrínsecas y se definen de la siguiente manera:

Metas en la vida intrínsecas. Son los motivos o razones internas del adolescente que lo llevan a tener una conducta sexual de prevención del embarazo porque tiene un proyecto de vida mediante la satisfacción de las NPB, lo que contribuye a una motivación más autodeterminada para la prevención del embarazo en la adolescencia, por ejemplo, la búsqueda de crecimiento personal.

Metas en la vida extrínsecas. Son motivos o razones externas del adolescente que lo llevan a tener una conducta sexual de prevención del embarazo porque tiene un proyecto de vida mediante las NPB menos satisfactorias, lo que contribuye a una motivación menos autodeterminada para la prevención del embarazo, por ejemplo, la búsqueda de bienes materiales, fama e imagen.

Satisfacción de las NPB. Se refiere a la percepción del adolescente acerca de su autonomía para la toma de decisiones en su conducta sexual, competencia para realizar actividades de prevención del embarazo y su capacidad para relacionarse de manera placentera.

Frustración de las NPB. Se refiere a la percepción del adolescente acerca de su falta de autonomía en la toma de decisiones en su conducta sexual, falta de competencia para realizar sus actividades de prevención del embarazo y su falta de capacidad para relacionarse de manera satisfactoria.

Motivación autodeterminada. Es el grado de voluntad del adolescente para realizar acciones impulsado de forma autónoma con el fin de evitar un embarazo; está constituida por la motivación intrínseca, motivación extrínseca con sus regulaciones y la no motivación, y se facilita cuando las NPB están más satisfechas y son apoyadas

positivamente por la comunicación sexual parental, con los amigos y con la pareja del adolescente (factores socio-contextuales).

Conducta sexual de prevención del embarazo. Se refiere a las acciones que realiza el adolescente en respuesta a la motivación más autodeterminada para tomar medidas de prevención y de autocuidado para evitar embarazos no planeados, al usar algún método anticonceptivo de forma correcta y consistente.

Objetivo General

Determinar la influencia de los factores personales (sexo, edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo), la comunicación sexual (parental, con los amigos y la pareja), metas en la vida intrínsecas y extrínsecas para la prevención del embarazo, satisfacción y frustración de las NPB para la prevención del embarazo y la motivación autodeterminada, sobre la conducta sexual de prevención del embarazo.

Objetivos específicos.

1. Identificar la relación de la comunicación sexual (parental, con los amigos y la pareja) con los factores personales (sexo, edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo).
2. Identificar la relación de los factores personales (sexo, edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo) con la conducta sexual de prevención del embarazo.
3. Determinar la influencia de la comunicación sexual (parental, con los amigos y con la pareja) con la satisfacción y frustración de las NPB.
4. Identificar la influencia de la comunicación sexual (parental, con los amigos y con la pareja), en las metas en la vida intrínsecas y metas en la vida extrínsecas.
5. Determinar la influencia de la comunicación sexual (parental, con los amigos y con la pareja) en la motivación autodeterminada.
6. Conocer la influencia de las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas sobre la satisfacción y frustración de las NPB.

7. Determinar la mediación de la satisfacción y frustración de las NPB entre la comunicación sexual (parental, con los amigos y con la pareja) y la motivación autodeterminada.
8. Determinar el efecto de la satisfacción y frustración de las NPB sobre la motivación autodeterminada.
9. Establecer la relación que existe entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo.
10. Comparar la motivación autodeterminada según el sexo.
11. Establecer la relación que existe entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo según el sexo.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe la metodología del estudio, la cual incluye el diseño del estudio, la población, muestra, muestreo, criterios de inclusión y eliminación y los instrumentos de medición. Además, se señalan el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y las estrategias de análisis de los datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal con prueba de modelo (Burns & Grove, 2012), el cual es apropiado dado que el propósito es probar las relaciones entre las variables del modelo propuesto en el presente estudio y determinar si las variables predicen la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia.

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por 1981 adolescentes mexicanos de ambos sexos de 18 y 19 años de edad que respondieron la encuesta completa vía online. El tipo de muestreo que se utilizó en este estudio fue no probabilístico por conveniencia.

Se puso a prueba un modelo teórico a través del análisis de modelos de ecuaciones estructurales, el tamaño de la muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = p(p + 3)/2$$

Donde n es el tamaño de muestra necesario y p es el número de variables observadas, resultando una muestra de 1175 adolescentes como muestra máxima; sin embargo, Schumacker y Lomax (2004) encontraron numerosos artículos que utilizan un tamaño de muestra de 500 sujetos para un análisis de ecuaciones estructurales, esto con apego a lo reportado por Bentler y Chou (1987) quienes sugirieron que una proporción de cinco sujetos por variable es suficiente para distribuciones normales cuando las variables latentes tienen múltiples indicadores, considerando lo anterior para el presente

estudio el tamaño de muestra mínima fue de 587 adolescentes. Sin embargo, al final de la recolección de datos se obtuvo una muestra de 620 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, con un nivel de significancia de .05, nivel de confianza del 95% y un tamaño de efecto pequeño $d = .20$ de acuerdo con Cohen (1988).

Criterios de Inclusión

Adolescentes solteros que se identificaron como heterosexuales, bisexuales o indecisos, que iniciaron vida sexual y vivían o mantenían comunicación con ambos padres. Para ello, se realizaron las siguientes preguntas filtro en la cédula de datos personales, con opciones de respuestas ¿Cuál de las siguientes opciones te describe mejor: heterosexual, gay, lesbiana, bisexual, inseguro u otra?, ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? y ¿Mantienes comunicación con tu mamá y con tu papá?

Criterios de Eliminación

Para el presente estudio se eliminaron los datos de participantes mujeres embarazadas o con algún embarazo previo, hombres que embarazaron a alguna pareja sexual en la vida y aquellos que refirieron únicamente haber tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, lo cual se corroboró en la cédula de datos personales del adolescente, mediante las siguientes preguntas ¿Actualmente o alguna vez has estado embarazada o has embarazado a alguien? y ¿Con quién has tenido relaciones sexuales?

Instrumentos de Medición

Para el presente estudio se aplicó una cédula de datos personales y seis instrumentos en línea a través de la plataforma questionpro que miden las variables: Conocimiento sobre prevención del embarazo, Comunicación sexual, Metas en la vida intrínsecas y extrínsecas, Satisfacción y frustración de las NPB, Motivación autodeterminada y la Conducta sexual de prevención del embarazo. Adicionalmente se aplicó una cédula de datos personales para perfilar a los participantes.

Cédula de datos personales. Incluye preguntas de sexualidad para conocer la edad, estado civil, escolaridad, si vive con sus padres o con alguno de ellos, edad de IVS, número de parejas sexuales en la vida y métodos anticonceptivos que ha usado. Así mismo, contiene cuatro preguntas filtro para conocer su orientación sexual, si ha estado embarazada en el caso de las mujeres, o si ha embarazado a alguna pareja sexual en el caso de los hombres, si mantiene comunicación con ambos padres y si ha tenido o tiene pareja sexual o sentimental (Apéndice B).

Conocimiento sobre prevención del embarazo. Para medir esta variable se utilizó la escala de conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva del instrumento psicométrico de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de Vargas (2013), en la cual se desarrollaron, validaron, aplicaron y analizaron cuatro dimensiones (1. salud sexual, 2. salud reproductiva, 3. VIH/sida e ITS y 4. uso del condón) con el propósito de contar con un conjunto de instrumentos planteados desde el abordaje psicométrico para medir conocimiento, actitudes y prácticas. Para el presente estudio se seleccionaron 29 de 128 ítems de la escala original.

Los reactivos para medir la variable conocimiento sobre prevención del embarazo se eligieron de las dimensiones salud sexual, salud reproductiva y uso del condón, de las cuales se seleccionaron reactivos de la categoría de conocimientos de cada dimensión elegida, dando un total de 29 reactivos. La escala de respuesta es de tres opciones de tipo Likert de cierto = 1, falso = 2 y no sé = 8 para la mayoría de los reactivos, y para los reactivos 4, 5, 15, 16, 21, 23, 25 y 29 los puntajes de las opciones de respuesta cierto y falso están invertidos (cierto = 2, falso = 1).

Para fines de este estudio, a la opción de respuesta “no sé” se le dio un valor de 0, y se consideró una escala de respuesta dicotómica, 0 = incorrecto (falso y no sé) y 1 = correcto (cierto), donde a mayor puntuación mayor conocimiento (Apéndice C). Vargas (2013) reportó coeficientes de alfa de Cronbach por dimensión de .77 a .81. Además, la

escala total obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .92, mientras que en el presente estudio fue de .81 en la escala de conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva.

Comunicación sexual. Esta variable fue medida a través del instrumento de comunicación sobre temas sexuales (Hutchinson & Cooney, 1998), que evalúa la comunicación entre padres e hijos (as) adolescentes sobre actividad sexual, reproducción, anticonceptivos, ITS, protección de estas enfermedades, uso del condón, presión de grupo y presión sexual por parte de compañeros o pareja. Por lo que, para el presente estudio solo se tomó en cuenta las preguntas relacionadas con la prevención del embarazo y se descartaron las preguntas relacionadas a ITS. Los reactivos seleccionados fueron enfocados hacia la percepción que tiene el adolescente de la comunicación sexual que recibe de su padre y de su madre, así como la información que comparte y recibe de sus amigos o compañeros y su pareja.

El instrumento está compuesto originalmente por nueve reactivos de los cuales se eligieron seis de ellos sobre prevención de embarazo, tiene una escala de respuesta tipo Likert de cinco opciones: 1 = nada, 2 = poco, 3 = algo, 4 = no mucho y 5 = mucho. La puntuación es de 6 a 30, donde a mayor puntuación significa que el adolescente percibe que el padre, la madre, los amigos o la pareja habló más con él (ella) sobre prevención del embarazo (Apéndice D). En estudios se ha reportado un coeficiente de alfa de Cronbach de .89 (Márquez, 2012) y de .76 a .90 (Fernández et al., 2017), en el presente estudio fue mayor a las alfas de Cronbach reportadas ($\alpha = .88$ a $.95$).

Metas en la vida intrínsecas y extrínsecas. Esta variable fue medida a través del instrumento índice de aspiraciones en la vida o aspiration index diseñado originalmente en el idioma inglés (Kasser & Ryan, 1996) para evaluar las metas en la vida de las personas, del cual se tomó una versión española (Lirola, Sicilia, Granero, Burgueño, & Alcaraz, 2018) y se obtuvo una equivalencia con una traducción en el contexto mexicano (De la Cruz, 2018). Este índice mide la importancia de siete categorías de metas en la vida: las metas en la vida extrínsecas de riqueza, fama e

imagen; las metas en la vida intrínsecas de relaciones significativas, crecimiento personal y contribución a la comunidad; y la aspiración de buena salud que resulta no ser claramente extrínseca o intrínseca, sin embargo, recientemente se han propuesto cuatro aspiraciones adicionales, dos intrínsecas: autoexpresión y dominio, y dos extrínsecas: poder y adherencia social (Martela, Bradshaw, & Ryan, 2019).

El instrumento original está compuesto por 35 reactivos, (5 reactivos para cada aspiración), y se agregan 16 reactivos correspondientes a las cuatro aspiraciones que se han propuesto, resultando un total de 51 reactivos. Los participantes califican la importancia que tiene para sí mismos cada aspiración; cabe señalar que para el presente estudio se hizo una adaptación cultural y al fenómeno de estudio, sin perder la esencia y sentido de cada reactivo, lo cual fue revisado por cinco expertos en el tema y dos de ellos expertos en la TAD para valorar la importancia que el adolescente tiene en cada aspiración para evitar el embarazo, por lo que la frase precedida *“es importante para mí...”* fue cambiada por la pregunta: *“¿cómo calificas las siguientes afirmaciones de acuerdo con tus aspiraciones en la vida para evitar un embarazo antes de los 20 años de edad?”*.

La escala de respuesta es tipo Likert del 1 (nada importante) al 7 (muy importante), puntuaciones más altas reflejan mayor importancia concedida por la persona a esa aspiración. El índice de aspiraciones en la vida ha sido aprobado en población estadounidense y española, además de estar validado por expertos (Apéndice E). La versión española con 35 reactivos presentó un alfa de Cronbach superior a .78 (Lirola, Sicilia, Granero, Burgueño, & Alcaraz, 2018), en el presente estudio fue de .94, mayor al reportado.

Satisfacción y frustración de las NPB. Se utilizó la Escala de satisfacción y frustración de las necesidades psicológicas básicas (ESFNPB): Medida general (Chen et al., 2015), incluye elementos de satisfacción y frustración de las NPB de autonomía, competencia y relaciones. La escala esta validada en cuatro muestras de cultura e

idiomas diferentes, por lo que se empleará la versión en español de la escala, la cual fue adaptada y validada con estudiantes universitarios peruanos en Lima, utilizando la traducción lingüística realizada por expertos en el idioma y la validez de contenido según juicio de expertos en la TAD.

La ESFNPB está compuesta por 24 reactivos de los cuales agrupados en seis factores que miden satisfacción y frustración de cada una de las NPB propuestas por la TAD (autonomía, competencia y relación). Para la dimensión autonomía, ocho reactivos miden sentimientos en la posibilidad de elegir libremente y comprometerse con la elección; la dimensión competencia contiene ocho reactivos que evalúan la capacidad en la realización de actividades y alcanzar metas con éxito y la dimensión relación compuesta por ocho reactivos que mide la relación con otros y el sentido de pertenencia. Para cada dimensión cuatro reactivos miden satisfacción y cuatro, frustración de las NPB.

Esta escala se centra en la satisfacción y frustración de las NPB en la vida de forma general, por lo que para fines de este estudio fue adaptada a la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia en el contexto mexicano, la cual fue revisada por cinco expertos en el tema y dos de ellos expertos en la TAD. Para ello, los reactivos de la ESFNPB indican responder a las preguntas sobre experiencias reales de ciertos sentimientos de la persona en este momento de la vida, en el presente estudio se indicará responder a las preguntas sobre experiencias reales de ciertos sentimientos vinculados con la vida sexual del adolescente.

Por lo que cada uno de los reactivos se adaptó al fenómeno del presente estudio sin perder la esencia y sentido de estos, asimismo se cuidó el enfoque hacia la maternidad y paternidad. Por ejemplo, la pregunta “*Me siento competente para lograr mis objetivos*” se modificó a “*Me siento competente para lograr prevenir un embarazo en esta etapa de mi vida*”. Las opciones de respuesta son escala tipo Likert entre 1 punto (totalmente falso) y 5 puntos (totalmente verdadero), donde a mayor puntaje en la

satisfacción de las NPB mayor satisfacción y a mayor puntaje de la frustración de las NPB, mayor frustración de las NPB (Apéndice F). Recientemente se reportó una consistencia interna en la satisfacción de las NPB un alfa de Cronbach .90 y de .86 para la frustración de las NPB (Del Valle, Matos, Díaz, Pérez & Vergara, 2018), en este trabajo fueron menores a las reportadas, .77 en la satisfacción de las NPB y .75 en la frustración de las NPB, consideradas como aceptables.

Motivación autodeterminada. Para medir esta variable se utilizó la adaptación al contexto español del cuestionario de regulación de la conducta (BREQ-3) realizada por González, Sicilia y Fernández (2010). El cuestionario está compuesto por 23 reactivos, de los cuales cuatro evalúan la regulación intrínseca, cuatro la regulación integrada, tres la regulación identificada, cuatro la regulación introyectada, cuatro la regulación externa y cuatro la no motivación.

Debido a que es un cuestionario para medir las regulaciones de la conducta en el ejercicio, para el presente estudio fue adaptado a la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia en el contexto mexicano, dicha adaptación fue revisada y aprobada por cinco expertos en el tema, dos de ellos expertos en la TAD. En la versión original del BREQ-3 contiene la frase *“yo hago ejercicio físico...”* fue cambiada por *“yo evito un embarazo...”* y un ejemplo de reactivo es *“Porque valoro los beneficios que tiene el ejercicio físico”* el cual será cambiado a *“Porque valoro los beneficios que tiene el no ser madre/padre en esta etapa de mi vida.”*. Cabe mencionar que cada uno de los reactivos fueron enfocados a dicho contexto sin perder el sentido ni la esencia de cada reactivo.

Las opciones de respuesta del BREQ-3 es de escala Likert de cinco puntos que van de 0 (nada verdadero) a 4 (totalmente verdadero). Para determinar la motivación autodeterminada es necesario utilizar el índice de autodeterminación (IAD) propuesto por Vallerand (2007), el cual consiste en combinar las diferentes subescalas del BREQ-3 ponderando y sumando las puntuaciones para obtener una puntuación única. Por lo

tanto, ya que se tienen agrupadas las regulaciones se realiza la siguiente fórmula para calcular el IAD: $(3 \times \text{regulación intrínseca}) + (2 \times \text{regulación integrada}) + (1 \times \text{regulación identificada}) - (1 \times \text{regulación introyectada}) - (2 \times \text{regulación externa}) - (3 \times \text{no motivación})$ (Ryan & Connell, 1989; Vallerand, 1997), la cual se ha utilizado anteriormente en otros estudios (Calva-Vite, Zamarripa, De La Cruz, Badilla, Medina, & Marentes, 2017; Montero, Moreno, González, & Cervelló, 2013).

La puntuación total refleja el nivel relativo de motivación autodeterminada de la persona, una puntuación positiva indica que la motivación de la persona es autodeterminada, mientras que una puntuación negativa refleja la presencia de una motivación no autodeterminada, es decir, a mayor puntuación mayor motivación autodeterminada y a menor puntuación menor motivación autodeterminada (Apéndice G). En estudios realizados han reportado valores de alfa de Cronbach de .66 a .87 (González, Sicilia, & Fernández, 2010) y de .74 a .93 (Calva-Vite et al., 2017) en las subescalas del BREQ-3, de forma similar ocurrió con las alfas de Cronbach en el presente trabajo ($\alpha = .84$).

Conducta sexual de prevención del embarazo. Esta variable fue medida con la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva procedente de la escala psicométrica de conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva de Vargas (2013), la cual está compuesta por cuatro dimensiones: salud sexual, salud reproductiva, VIH/sida e ITS y uso del condón. Cada dimensión está constituida por tres categorías: conocimientos, actitudes y prácticas. Para el presente estudio se seleccionaron los reactivos del análisis de validez y confiabilidad de la segunda reducción de la escala.

Los reactivos para medir la variable conducta sexual de prevención del embarazo se seleccionaron a partir de la categoría prácticas de las dimensiones de salud sexual, salud reproductiva y uso del condón, de las cuales se eligieron un total de 20 reactivos. La escala de respuesta es de cinco opciones de tipo Likert, siempre = 1, casi siempre = 2,

a veces = 3, casi nunca = 4 y nunca = 5, sin embargo, para los reactivos 1, 5, 10, 12 y 19 los puntajes de las opciones de respuesta están invertidos (siempre = 5, casi siempre = 4, a veces = 3, casi nunca = 2, nunca = 1). A menor puntuación mayor conducta sexual de prevención del embarazo (Apéndice H). La escala total obtuvo un alfa de Cronbach de .92 y por dimensión de .77 a .81 (Vargas, 2013), en este estudio fue mayor a la reportada en la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva ($\alpha = .87$).

Procedimiento de Recolección de Datos

Para realizar este estudio, primeramente, se solicitó la aprobación de los Comités de Ética en Investigación e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, para recolectar los datos fue necesario diseñar una encuesta en línea mediante la plataforma questionpro a través de un enlace que permite acceder a un conjunto de instrumentos conformado por la cédula de datos personales, escala de conocimientos en salud sexual y salud reproductiva, instrumento de comunicación sobre temas sexuales, índice de aspiraciones en la vida, ESFNPB, BREQ-3 y la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva.

Para invitar a los participantes se implementó la estrategia de bola de nieve a través de redes sociales como WhatsApp y Facebook. Primeramente, la invitación fue realizada a través de docentes cercanos y conocidos que tuvieran grupos de estudiantes de 18 y 19 años de edad para que la compartieran en grupos de WhatsApp a sus alumnos. Debido a la baja respuesta obtenida por parte de los estudiantes durante el primer mes de la recolección, se optó por promocionar la encuesta en línea mediante la página de Facebook de un periódico local reconocido; sin embargo, la respuesta fue aun baja. Finalmente, se procedió a realizar una página de Facebook y se promocionó únicamente en México a través de anuncios publicitarios de esta red social, dirigidos a jóvenes mexicanos de 18 y 19 años. La publicidad consistió en una invitación breve para participar en el presente estudio, al requerir más información el participante accedía a la liga de enlace a la encuesta en línea donde se mostraba de forma clara y sencilla en qué

consistía el estudio y su participación, así como el tiempo requerido para contestar los cuestionarios. Al mismo tiempo, se mostraba el consentimiento informado (Apéndice I) para solicitar la autorización para participar en el estudio que aclaraba tendrían total libertad de negarse o retirarse en cualquier momento durante el llenado de la encuesta. Cabe mencionar que se recordó el objetivo del estudio y se les informó que los datos proporcionados son confidenciales y anónimos, además que su participación tendría una duración de 25 a 30 minutos.

Una vez que el participante estaba de acuerdo seleccionaba el botón de “Sí acepto” para comenzar la encuesta. Cada participante respondió los cuestionarios disponibles en la plataforma. Al comenzar con la cédula de datos personales, se incluyeron cinco preguntas filtro, entre ellas la pregunta sobre el IVS, donde la plataforma permite continuar en caso de haber respondido “sí” a esta pregunta filtro, de lo contrario la plataforma lo direcciona a responder únicamente tres cuestionarios: conocimiento sobre prevención del embarazo, comunicación sexual y la escala psicométrica de prácticas en salud sexual y salud reproductiva, esto debido a que los otros cuestionarios incluyen preguntas sobre relaciones sexuales. Este procedimiento es similar con la pregunta filtro de embarazo previo al responder “sí”. Al finalizar de contestar los instrumentos, aparecía un mensaje de agradecimiento a los participantes por su colaboración.

Después de enviar la encuesta en línea, el investigador principal contabilizó las encuestas de los participantes que cumplían con los criterios de inclusión señalados anteriormente. Se invitó a participar hasta completar una muestra de 620 adolescentes de ambos sexos. Al finalizar la recolección se exportó la base de datos al programa estadístico para dar tratamiento y analizar los datos. La base de la encuesta será resguarda en la plataforma questionpro en la cuenta del investigador principal.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987) de acuerdo a la última reforma publicada (2014) en los artículos que se mencionan a continuación.

En el Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, se estipula que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar. Por este motivo, se respetó la decisión del adolescente a participar o no en el estudio de investigación, así mismo se mantuvo un trato respetuoso y profesional con el participante. De acuerdo al Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones V, VII y VIII, y el Capítulo III, Artículo 36, se contó con la autorización del consentimiento informado del adolescente mayor de edad, para ser considerado dentro del estudio. Para lo cual, se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el número de folio FAEN-D-1566.

En relación con el Capítulo I, Artículo 16, que establece la protección de la privacidad, los datos obtenidos a través de los instrumentos fueron anónimos y confidenciales. Por lo que, no se identificó al participante por su nombre, dirección de correo electrónico o algún otro dato de identificación, y mediante la plataforma en línea se emplearon códigos numéricos que carecen de información personal y que no pueden ser identificados ni por el participante ni el investigador principal. Además, los resultados del estudio sólo se presentaron de forma grupal, de esta manera no se puede identificar datos específicos de ningún participante del estudio. Adicionalmente y con apego a este Artículo, el investigador principal resguardará la información obtenida por un periodo de doce meses y transcurrido ese tiempo será eliminada.

Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró de riesgo mínimo. Esto debido a que para la recolección de la información se utilizaron

cuestionarios con preguntas que pueden producir incomodidad temporal, si esto se hubiera presentado, el participante podría suspender la encuesta de inmediato y reanudarla solo en caso de que el participante así lo decidiera.

Para la validez del consentimiento informado se fundamentó en el Artículo 21, conforme a la Fracción I, II, III y IV, los participantes recibieron de forma escrita una explicación clara y completa sobre el estudio, sobre sus objetivos y que no obtendrían ningún beneficio económico, que el estudio no representaba ningún riesgo para su integridad física y psicológica, y que su contribución era importante para la generación de conocimiento. Conforme a la Fracción VI se garantizó al participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de datos, según la Fracción VII, se informó al participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar en nada.

De acuerdo con la Fracción VIII se protegió la confidencialidad de la información y el anonimato del participante no identificándolo por su nombre ni número telefónico ni cuenta en facebook. Conforme a la Fracción XI, se informó que no había ningún costo por la participación en la investigación.

Estrategia de Análisis de Datos

Los datos obtenidos para el análisis descriptivo y de fiabilidad de las escalas fueron procesados con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 a través de estadística descriptiva como frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. La consistencia interna de los instrumentos se evaluó mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach y el coeficiente de fiabilidad compuesta (Composite Reliability [CR]) conocido como coeficiente Omega de McDonald, el cual es una medida de la consistencia interna de los indicadores de cada factor o subescala, basada en el análisis factorial confirmatorio (AFC) y se interpreta como el alfa de Cronbach, pero tiene en cuenta las interrelaciones de los constructos extraídos. Asimismo, se calculó la prueba de Kolmogorov-Smirnov

con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad en la distribución de las variables, la cuales no presentaron normalidad.

Para dar respuesta al objetivo uno y dos, con los cuales se pretendió identificar la relación de los factores personales (sexo, edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo) con la comunicación sexual (parental, con los amigos y la pareja) y con la conducta sexual de prevención del embarazo, se empleó estadística inferencial según la normalidad de los datos. Para el sexo se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y para la edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo se empleó la correlación Spearman.

Posteriormente, se analizaron las propiedades psicométricas de los instrumentos del MACSPEA mediante estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) y estadísticos de asimetría y curtosis de cada reactivo considerando que la distribución de los datos es normal cuando se encuentren en un rango de entre -1 y 1 (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Muthén & Kaplan, 1992) y mediante AFC con el paquete de software libre JASP (JASP Team, 2020) y se pusieron a prueba cinco modelos. Para el instrumento de comunicación sobre temas sexuales se puso a prueba un modelo de cuatro factores los cuales representan la comunicación sexual con el padre, comunicación sexual con la madre, comunicación sexual con los amigos y comunicación sexual con la pareja. Para el índice de aspiraciones en la vida se probó un modelo de dos factores, representados por los reactivos de las metas en la vida intrínsecas (crecimiento personal, relaciones significativas, contribución a la comunidad, salud, dominio y autoexpresión) y de las metas en la vida extrínsecas (dinero, fama, imagen, poder y adherencia social).

Para la escala de satisfacción y frustración de las NPB se puso a prueba un modelo de dos factores, los cuales se representaron por satisfacción de las NPB (satisfacción de autonomía, de relación y de competencia), y frustración de las NPB (frustración de autonomía, de relación y de competencia). Para el cuestionario de

regulación de la conducta BREQ-3, se probó un modelo de seis factores los cuales representan la regulación intrínseca, integrada, identificada, introyectada, externa y la no motivación. Y para la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva se puso a prueba un modelo que representa la conducta sexual de prevención del embarazo.

Por último, se puso a prueba el modelo total de medida que resulta equivalente a un modelo factorial confirmatorio, y se probó la validez divergente de las variables latentes. Igualmente, se probó el modelo de ecuaciones estructurales MACSPEA (Figura 3). Al igual que para los AFC, las matrices input que se utilizaron son las de correlaciones policóricas y de covarianzas asíntóticas, y el método de estimación fue con la opción de mínimos cuadrados diagonalmente ponderados (DWLS) del paquete de software libre JASP (JASP Team, 2020).

La adecuación de los modelos se analizó a través de diferentes índices de ajuste: el valor chi-cuadrada dividido por los grados de libertad (χ^2/gf) donde inferior a cinco indica un buen ajuste del modelo (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010). El índice de ajuste no normativo (NNFI) y el índice de ajuste comparativo (CFI) donde los valores por encima de .90 indican un ajuste aceptable (Hu & Bentler, 1995). La raíz cuadrada promedio del error de aproximación (RMSEA) y la raíz cuadrada estandarizada del residual (SRMR), considerando valores satisfactorios $\leq .08$ y como aceptables entre .05 y .10 (Cole & Maxwell, 1985). El índice de bondad de ajuste (GFI) señala la variabilidad explicada por el modelo, sus valores oscilan entre 0 (pobre ajuste) y 1 (perfecto ajuste), valores superiores a 0.90, indican un ajuste aceptable (Jöreskog & Sörbom, 1986).

Capítulo III

Resultados

En este apartado se muestran los resultados del estudio. Primeramente, se presenta la estadística descriptiva que incluye frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión concernientes a las características sociodemográficas, de sexualidad y de anticoncepción de los sujetos de estudio. Posteriormente, se presentan las propiedades psicométricas, los análisis de consistencia interna alfa de Cronbach y Omega de McDonald de cada subescala de los instrumentos, así como la prueba de normalidad Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors de las variables del modelo propuesto, el análisis de correlación de las variables. Y finalmente, el modelo de medida y el modelo de ecuaciones estructurales.

Características Sociodemográficas

Participaron en el estudio 620 adolescentes de 18 y 19 años que refirieron tener su domicilio 35% en el centro del país, 33.1% en el norte y 31.9% en el sur. La media de edad de los participantes fue de 18.37 ($DE = .48$), predominaron ligeramente las mujeres con el 51.1%; respecto a la ocupación, el 37.6% de los adolescentes estudian universidad, 25.6% bachillerato, 18.4% trabaja, 11.0% estudia y trabaja y 7.4% por el momento no estudia ni trabaja.

Características sobre Sexualidad y Anticonceptivas

En cuanto a las preguntas sobre sexualidad, específicamente la orientación sexual, se observa que el 81.3% se percibe como heterosexual, 13.1% bisexual y 5.6% se siente inseguro. La Tabla 1, muestra los datos descriptivos para edad, edad de IVS y número de parejas sexuales por sexo. Se observa una media de edad de 18.37 ($DE = 0.48$) y medias de edad similares en hombres y mujeres. La edad de IVS es de 16.44 años ($DE = 1.51$), respecto al sexo la edad de IVS en las mujeres es ligeramente mayor que los hombres. En cuanto al número de parejas sexuales se muestra una media de 2.67 parejas sexuales ($DE = 3.69$) y que los hombres refieren una media levemente

más alta de número de parejas que las mujeres. Asimismo, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se muestra que las variables no muestran una distribución normal.

Tabla 1

Medidas de tendencia central y prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors de las variables edad, edad de IVS y número de parejas sexuales por sexo

Variablen	<i>n</i>	Media	Mediana	DE	Valor mínimo	Valor máximo	<i>D^a</i>	Valor de <i>p</i>
Edad	620	18.37	18.00	0.48	18	19	0.410	.001
Hombre	303	18.33	18.00	0.47	18	19		
Mujer	317	18.40	18.00	0.49	18	19		
Edad de IVS	612	16.44	17.00	1.51	7	19	0.191	.001
Hombre	303	16.30	17.00	1.51	8	19		
Mujer	309	16.57	17.00	1.49	7	19		
Número de parejas	612	2.52	2.00	2.61	1	20	0.280	.001
Hombre	303	2.85	2.00	2.81	1	20		
Mujer	309	2.20	2.00	1.00	1	20		

Nota: *n* = Número de participantes, IVS = Inicio de Vida Sexual, DE = Desviación Estándar, *D^a* = Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors.

En relación a la anticoncepción de los adolescentes, la Tabla 2 muestra que la mayoría de los participantes ha utilizado un método anticonceptivo (49.4%). Se observa que las mujeres son las que han utilizado más de un método (52.4%), en comparación con los hombres (37.9%).

Tabla 2

Uso de diferentes métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales por sexo

Participantes		<i>n</i>	Cantidad de métodos anticonceptivos diferentes									
			Ninguno		Uno		Dos		Tres		Cuatro	
			<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo												
	Hombre	303	14	4.6	174	57.4	90	29.7	24	7.9	1	0.3
	Mujer	317	19	6.0	132	41.6	140	44.2	24	7.6	2	0.6

Nota: *n* = muestra, *f* = frecuencia, % = porcentaje.

En la Tabla 3 se muestra que el condón es el método anticonceptivo que mayormente han utilizado los adolescentes. La pastilla de emergencia ha sido utilizada alguna vez en la vida por el 34.3% de los participantes, donde las mujeres (59.5%) la han empleado más. Mientras tanto, el 21.6% no ha utilizado algún método alguna vez, existiendo levemente mayor proporción en las mujeres (23%).

Tabla 3

Métodos anticonceptivos que han usado en las relaciones sexuales por sexo

Método anticonceptivo	Total		Sexo			
	n = 620		Hombre n = 303		Mujer n = 227	
	f	%	f	%	f	%
Ninguno	134	21.6	61	20.1	73	23.0
Condón	570	91.9	283	93.4	287	90.5
Método hormonal	337	54.3	144	47.5	193	85.0
Pastillas anticonceptivas	95	15.3	50	16.5	45	19.8
Pastilla de emergencia	213	34.3	78	25.7	135	59.5
Inyección	15	2.4	8	2.6	7	3.1
Parche	14	2.2	8	2.6	6	2.6
Método natural						
Ritmo	5	0.8	2	0.7	3	1.3
Método temporal	11		1	0.3	10	
DIU	2	0.3	-	-	2	0.9
Implante	9	1.4	1	0.3	8	3.5

Nota: n = muestra, f = frecuencia, % = porcentaje, MAC = Método Anticonceptivo.

La Tabla 4 presenta los métodos anticonceptivos utilizados durante la última relación sexual. Se observa que la mayoría mencionó haber utilizado el condón como método anticonceptivo, seguido del 17.7% que no utilizó algún método para prevenir el embarazo, el 10.5% utilizó método dual (condón más otro método), y el 4.6% empleó otros métodos anticonceptivos como pastillas anticonceptivas, parche, inyección, implante o DIU.

Tabla 4

Método anticonceptivo usado en la última relación sexual por sexo

Método anticonceptivo	Total		Sexo			
	<i>n</i> = 620		Hombre <i>n</i> = 303		Mujer <i>n</i> = 227	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ninguno	110	17.7	44	14.5	66	20.8
Condón	396	63.9	195	64.4	201	63.4
Métodos hormonales						
Pastillas anticonceptivas	17	2.7	8	2.6	9	2.8
Pastilla de emergencia	21	3.4	13	4.3	8	2.5
Inyección	4	0.6	2	0.7	2	0.6
Parche	2	0.3	1	0.3	1	0.3
Métodos temporales						
DIU	2	0.3	-	-	2	0.6
Implante	3	0.5	-	-	3	0.9
Condón y métodos hormonales	60	9.7	37	12.2	23	10.1
Condón y métodos naturales	1	0.2	1	0.3	-	-
Condón y métodos temporales	3	0.5	1	0.3	2	0.6

Nota: *n* = muestra, *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Propiedades Psicométricas de los Instrumentos de Medición del MACSPEA

Antes de realizar los análisis estadísticos que dan respuesta a los objetivos del estudio, se examinó la fiabilidad y validez por medio de estructura factorial de los instrumentos utilizados para evaluar las variables del estudio. A continuación, se presentan los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach y Omega de McDonald de los instrumentos y la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors de cada una de las variables de estudio. Enseguida se presentan estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) y estadísticos de asimetría y curtosis de cada reactivo por subescala de cada uno de los instrumentos, así como los resultados del análisis factorial confirmatorio. Finalmente, se aprecian correlaciones previas a poner a prueba el modelo MACSPEA.

Análisis de consistencia interna de los instrumentos. El análisis de fiabilidad de los instrumentos utilizados en el modelo propuesto, se presenta en la Tabla 5 con los

resultados de alfa de Cronbach y la fiabilidad compuesta (CR) Omega de McDonald, en la que se muestra los instrumentos con sus respectivos factores y subescalas. Destaca el cuestionario de índice de aspiraciones en la vida con .94 de confiabilidad alfa de Cronbach en la escala total y la confiabilidad de la ESFNPB con .60 fue la menor, mientras el resto de los instrumentos oscilan de .81 a .91 en la escala total. De igual manera, en cuanto a la CR de los factores de las escalas, la mayoría fueron aceptables por encima de .70; no obstante, se obtuvieron CR inferiores a .60 en las subescalas de los factores de la ESFNPB.

Tabla 5

Coefficientes de confiabilidad alfa de Cronbach

Instrumento	Número de reactivos	Alfa de Cronbach	McDonald's ω
Escala de conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva	29	.81	-
Instrumento de comunicación sobre temas sexuales	24	.92	-
Comunicación sexual con el padre	6	.94	.94
Comunicación sexual con la madre	6	.95	.95
Comunicación sexual con amigos	6	.91	.91
Comunicación sexual con la pareja	6	.89	.89
Índice de aspiraciones en la vida	51	.94	-
Metas en la vida intrínsecas	28	.93	.93
Crecimiento personal	5	.76	.76
Contribución a la comunidad	5	.84	.84
Relaciones significativas	5	.69	.70
Salud	5	.83	.83
Dominio	4	.80	.93
Autoexpresión	4	.82	.82
Metas en la vida extrínsecas	23	.94	.95
Riqueza	5	.84	.94
Fama	5	.87	.87
Imagen	5	.85	.85
Poder	4	.88	.87
Adherencia social	4	.91	.91

Nota: $n = 620$, ω = Omega de McDonald, NPB = Necesidades Psicológicas Básicas.

(continúa)

Tabla 5

Coefficientes de confiabilidad alfa de Cronbach (continuación)

Instrumento	Número de reactivos	Alfa de Cronbach	McDonald's ω
Escala de satisfacción y frustración de las NPB	24	.60	-
Satisfacción de las NPB	12	.78	.77
Autonomía	4	.52	.54
Competencia	4	.75	.76
Relaciones	4	.55	.56
Frustración de las NPB	12	.76	.76
Autonomía	4	.54	.53
Competencia	4	.65	.66
Relaciones	4	.47	.47
Cuestionario de regulación de la conducta BREQ-3	23	.85	-
Regulación intrínseca	4	.78	.80
Regulación integrada	4	.77	.77
Regulación identificada	3	.73	.73
Regulación introyectada	4	.68	.68
Regulación externa	4	.75	.75
No motivación	4	.59	.60
Escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva	20	.88	.74

Nota: $n = 620$, ω = Omega de McDonald, NPB = Necesidades Psicológicas Básicas.

Estadísticos descriptivos y prueba de normalidad. Se calcularon sumatorias y estadística descriptiva (media, mediana, desviación estándar, valor mínimo y máximo) de cada subescala de los instrumentos de medición. Además, se aplicó la prueba de normalidad de las distribuciones de las variables a través de la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, la cual muestra que las variables no mantuvieron una distribución normal de los datos. Se observa que el conocimiento sobre prevención del embarazo, se ubicó con una media de 18.39 ($DE = 4.75$), de acuerdo a la interpretación del instrumento mayor puntaje mayor conocimiento; sin embargo, cabe destacar que los valores mínimos y máximos oscilaron entre cero y 27. En la comunicación sexual, los adolescentes refieren la media más alta de 23.57 ($DE = 6.32$)

en la comunicación sexual con la pareja, la cual se ubicó por encima del punto medio y la más baja fue la comunicación sexual con el padre, con una media ubicada en el punto medio ($M = 15.89$, $DE = 7.59$).

Las metas en la vida en la vida intrínsecas de los adolescentes reportan medias más altas que las aspiraciones de las metas en la vida extrínsecas, se observa que la aspiración de salud ($M = 30.23$, $DE = 5.22$) es la aspiración de vida con la media más alta del punto medio, mientras que la aspiración de poder es la más baja ($M = 11.80$, $DE = 6.48$) ubicada por debajo del punto medio. En cuanto a las NPB, los participantes reportan una media mayor en la satisfacción de las NPB para la prevención del embarazo en la adolescencia ($M = 45.84$, $DE = 6.28$), por encima del punto medio. Se reporta una media del IAD de 33.55 ($DE = 24.12$), el cual indica la motivación autodeterminada de los adolescentes para la prevención del embarazo en un rango de -26 a 92. Finalmente, la conducta sexual de prevención del embarazo muestra una media de 44.82 ($DE = 14.17$), por encima del punto medio.

Tabla 6

Datos descriptivos de los instrumentos y prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors

Instrumento	M	Mdn	DE	Valor Min	Valor Max	D^a	p
Escala de conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva	18.39	19.00	4.75	0	27	.127	.001
Comunicación sexual con el padre	15.89	16.00	7.59	6	30	.101	.001
Comunicación sexual con la madre	19.56	19.00	8.23	6	30	.123	.001
Comunicación sexual con amigos	19.98	20.00	6.80	6	30	.070	.001
Comunicación sexual con la pareja	23.56	25.00	6.32	6	30	.156	.001
Metas en la vida intrínsecas	163.09	168.00	24.96	36	196	.100	.001
Crecimiento personal	29.82	31.00	5.06	6	35	.153	.001
Contribución a la comunidad	28.68	30.00	5.93	5	35	.143	.001
Relaciones significativas	27.87	29.00	5.51	5	35	.102	.001

Nota: $n = 620$, M = Media, Mdn = Mediana, D^a = Estadístico de prueba, $*p$ valor $> .05$ considera la distribución normal de la variable, NPB = Necesidades Psicológicas Básicas.

(continúa)

Tabla 6

Datos descriptivos de los instrumentos y prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors (continuación)

Instrumento	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Salud	30.23	32.00	5.22	9	35	.180	.001
Dominio	22.86	24.00	4.69	4	28	.137	.001
Autoexpresión	23.63	25.00	4.77	4	28	.180	.001
Metas en la vida extrínsecas	80.93	82.00	29.43	23	160	.037	.040
Riqueza	20.04	20.00	7.19	5	35	.045	.004
Fama	17.57	17.00	7.79	5	35	.054	.001
Imagen	16.90	16.00	7.58	5	35	.070	.001
Poder	11.80	11.00	6.48	4	28	.115	.001
Adherencia social	14.62	15.00	6.88	4	28	.068	.001
Satisfacción de las NPB	45.84	46.00	6.28	26	60	.050	.001
Frustración de las NPB	26.38	26.00	6.07	12	50	.062	.001
Índice de autodeterminación (IAD)	33.55	34.00	24.12	-26	92	.039	.027
Escala de conducta sexual de prevención del embarazo	44.82	42.00	14.17	20	91	.095	.001

Nota: $n = 620$, M = Media, Mdn = Mediana, D^a = Estadístico de prueba, $*p$ valor $> .05$ considera la distribución normal de la variable, NPB = Necesidades Psicológicas Básicas

Escala de conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva.

Estadísticos descriptivos. En la Tabla 7 aparecen los estadísticos descriptivos de los reactivos de la escala de conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva que mide la variable conocimiento sobre prevención del embarazo. Se observa que el reactivo que tuvo mayor media fue “si el condón se usa mal se puede romper” ($M = 0.94$, $DE = 0.23$) lo que corresponde al 94.2% de los participantes que respondieron correctamente.

Tabla 7

Datos descriptivos de los reactivos de la escala de conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
1. Durante la menstruación se evita el embarazo	0.15	0.36	1.91	1.66
2. Se puede embarazar con pocas relaciones sexuales	0.86	0.34	-2.09	2.39
3. Se puede embarazar si no eyacula dentro	0.59	0.49	-0.35	-1.88
4. Se puede embarazar al nadar en una piscina	0.69	0.46	-0.83	-1.31
5. Se puede embarazar por usar un baño público	0.75	0.43	-1.13	-0.70
6. No tener relaciones sexuales es el método efectivo	0.63	0.48	-0.53	-1.71
7. La ducha vaginal previene el embarazo	0.04	0.20	4.48	18.16
8. La T de Cobre o DIU es un método anticonceptivo	0.92	0.27	-3.01	7.08
9. Las jaleas espermicidas son un anticonceptivo	0.25	0.43	1.16	-0.63
10. El coito interrumpido es un anticonceptivo	0.31	0.46	0.84	-1.29
11. La salpingectomía es un método definitivo	0.71	0.45	-0.92	-1.14
12. La vasectomía es un método definitivo	0.74	0.43	-1.10	-0.77
13. El ritmo es un método anticonceptivo	0.28	0.44	0.99	-1.01
14. El uso del condón ayuda a prevenir embarazos	0.94	0.24	-3.66	11.48
15. El coito interrumpido es un método efectivo para prevenir embarazos	0.56	0.49	-0.26	-1.93
16. El ritmo es un método anticonceptivo efectivo	0.50	0.50	0.01	-2.00
17. Las pastillas anticonceptivas son efectivas	0.75	0.43	-1.16	-0.63
18. La salud reproductiva implica tener hijos en el momento que se considere oportuno	0.69	0.46	-0.80	-1.35
19. La salud reproductiva es tener relaciones sexuales de forma libre y responsable	0.77	0.42	-1.29	-0.33
20. Una mujer debe tomar la píldora sin saltarse días.	0.74	0.44	-1.08	-0.83
21. Las píldoras pueden causar infertilidad	0.16	0.36	1.89	1.60
22. La mujer tiene días para quedar embarazada	0.87	0.33	-2.21	2.93
23. La píldora anticonceptiva protege de infecciones	0.83	0.37	-1.79	1.23
24. El condón es eficaz para evitar el embarazo	0.77	0.42	-1.27	-0.38
25. El condón solo sirve para evitar el embarazo	0.70	0.45	-0.87	-1.23
26. El condón es efectivo al usa correctamente	0.88	0.32	-2.37	3.66
27. Sé usar correctamente el condón	0.86	0.34	-2.05	2.23
28. Si el condón se usa mal se puede romper	0.94	0.23	-3.78	12.39
29. El uso del condón puede ocasionar enfermedades	0.52	0.50	-0.07	-2.00

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, la media para cada uno de los reactivos corresponde a valores de 0 incorrecto a 1 correcto.

Instrumento de comunicación sobre temas sexuales.

Estadísticos descriptivos. A partir de la Tabla 8 hasta la Tabla 11 se presentan los datos descriptivos, asimetría y curtosis de los reactivos que componen el instrumento de comunicación sobre temas sexuales que mide la variable de comunicación sexual sobre prevención de embarazo con el padre, con la madre, con los amigos y con la pareja, respetivamente. En la comunicación sexual sobre prevención de embarazo que percibe el adolescente por parte del padre, los participantes refieren la media más alta sobre la abstinencia sexual ($M = 2.84$, $DE = 1.47$). También se observa que la información que menos comparte el padre con los adolescentes es sobre cómo deben comportarse sexualmente ($M = 2.54$, $DE = 1.39$) (Tabla 9).

Tabla 8

Datos descriptivos de los reactivos que miden la comunicación sexual con el padre

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Tu papá que tanta información ha compartido contigo sobre...				
1. Cómo debes comportarte sexualmente	2.54	1.39	0.44	-1.06
2. Cómo prevenir el embarazo	2.67	1.43	0.33	-1.20
3. El condón o algún otro método para prevenir un embarazo	2.58	1.44	0.39	-1.21
4. La necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerte de tenerlas	2.84	1.47	0.21	-1.30
5. La presión que ejercen los amigos y la “novia(o)” en el aspecto sexual	2.65	1.45	0.32	-1.24
6. Cómo resistir la presión en el aspecto sexual de tus compañeros y de tus “amigas(os)” con los que sales	2.62	1.50	0.37	-1.27

Nota: M = Media, DE = Desviación Estándar, valor mínimo = 1 y máximo = 5.

En cuanto a la comunicación sexual con la madre se puede apreciar en la Tabla 9 que las medias más altas son las mismas que el padre, pero son ligeramente más altas en la madre. Se identifica una media de 3.41 ($DE = 1.51$) sobre la abstinencia sexual, mientras que lo que menos comunican las madres es sobre el condón o algún método anticonceptivo ($M = 3.12$, $DE = 1.53$).

Tabla 9

Datos descriptivos de los reactivos que miden la comunicación sexual con la madre

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Tu mamá que tanta información ha compartido contigo sobre...				
1. Cómo debes comportarte sexualmente	3.29	1.50	-0.19	-1.39
2. Cómo prevenir el embarazo	3.34	1.49	-0.21	-1.39
3. El condón o algún otro método para prevenir un embarazo	3.12	1.53	-0.06	-1.46
4. La necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerte de tenerlas	3.41	1.51	-0.30	-1.38
5. La presión que ejercen los amigos y la “novia(o)” en el aspecto sexual	3.21	1.54	-0.13	-1.46
6. Cómo resistir la presión en el aspecto sexual de tus compañeros y de tus “amigas(os)” con los que sales	3.19	1.57	-0.11	-1.50

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5.

La Tabla 10 muestra la comunicación sexual que perciben los adolescentes por parte de sus amigos, se observa que la información que más han compartido es sobre cómo prevenir un embarazo ($M = 3.55$, $DE = 1.32$). Lo que menos comunican con los amigos es sobre la abstinencia sexual.

Tabla 10

Datos descriptivos de los reactivos que miden la comunicación sexual con los amigos

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Tú y tus amigos o compañeros que tanta información han compartido sobre...				
1. Cómo debes comportarte sexualmente	3.35	1.35	-0.24	-1.11
2. Cómo prevenir el embarazo	3.55	1.32	-0.37	-1.08
3. El condón o algún método para prevenir un embarazo	3.53	1.31	-0.41	-0.99
4. La necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerte de tenerlas	3.15	1.42	-0.07	-1.28
5. La presión que ejerce la “novia(o)” en el aspecto sexual	3.19	1.39	-0.11	-1.21
6. Cómo resistir la presión en el aspecto sexual de sus novias (os), compañeros y de “amigas(os)” con los que salen	3.23	1.40	-0.14	-1.23

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5.

En la Tabla 11 se aprecian los reactivos de la subescala comunicación sexual con la pareja, los cuales presentan medias más altas que los amigos y ambos padres. Los adolescentes han compartido con su pareja más información sobre cómo prevenir un embarazo ($M = 4.22$, $DE = 1.15$) y sobre cómo deben comportarse sexualmente ($M = 4.21$, $DE = 1.13$). La media más baja fue conversar sobre la presión que ejercen los amigos en el aspecto sexual.

Tabla 11

Datos descriptivos de los reactivos que miden la comunicación sexual con la pareja

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Tú y tu novia(o) o pareja sexual que tanta información han compartido sobre...				
1. Cómo debes comportarte sexualmente	4.21	1.13	-1.15	0.09
2. Cómo prevenir el embarazo	4.22	1.15	-1.24	0.34
3. El condón o algún otro método para prevenir un embarazo	4.17	1.18	-1.17	0.15
4. La necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerte de tenerlas	3.70	1.48	-0.66	-1.05
5. La presión que ejercen los amigos en el aspecto sexual	3.63	1.44	-0.54	-1.12
6. Cómo resistir la presión en el aspecto sexual de sus compañeros y “amigas (os)” con los que salen	3.64	1.46	-0.57	-1.10

Nota: M = Media, DE = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5.

En la Tabla 12 se presentan los factores del instrumento de comunicación sobre temas sexuales, se observa que en conjunto el factor de la comunicación sexual con la pareja fue el que obtuvo la media más alta ($M = 3.92$, $DE = 1.05$), mientras que la comunicación sexual con el padre fue el más bajo ($M = 2.64$, $DE = 1.26$).

Tabla 12

Datos descriptivos de los factores del instrumento de comunicación sobre temas

sexuales

Factor	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Comunicación sexual con el padre	2.64	1.26	0.31	-1.05
Comunicación sexual con la madre	3.25	1.37	-0.16	-1.27
Comunicación sexual con amigos	3.33	1.13	-0.23	-0.79
Comunicación sexual con la pareja	3.92	1.05	-0.68	-0.52

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, valor mínimo = 1 y máximo = 5

Análisis factorial confirmatorio. La Figura 5 representa la estructura de la comunicación sexual con los padres, amigos y pareja que se puso a prueba en base al instrumento de comunicación sobre temas sexuales. El modelo factorial hipotetiza la existencia de cuatro variables latentes (comunicación sexual con el padre, con la madre, con los amigos y con la pareja), y está compuesto por 24 variables observables agrupadas en cuatro factores. Los índices de bondad de ajuste del modelo factorial resultaron satisfactorios ($\chi^2 = 436.12$, $p < .001$, $gl = 25$, $\chi^2/gl = 1.77$, NNFI = .99, CFI = .99, RMSEA = .03, SRMR = .05, GFI = .99). El modelo mostró cargas factoriales desde .76 hasta .85 para la comunicación sexual con el padre, de .85 a .87 con la madre, con los amigos osciló de .71 a .78 y desde .68 a .74 con la pareja (Figura 5). Cabe mencionar que cada reactivo constituye un indicador fiable de la escala de la que forma parte debido a que las saturaciones factoriales de los reactivos resultaron todas ellas estadísticamente significativas ($p < .01$).

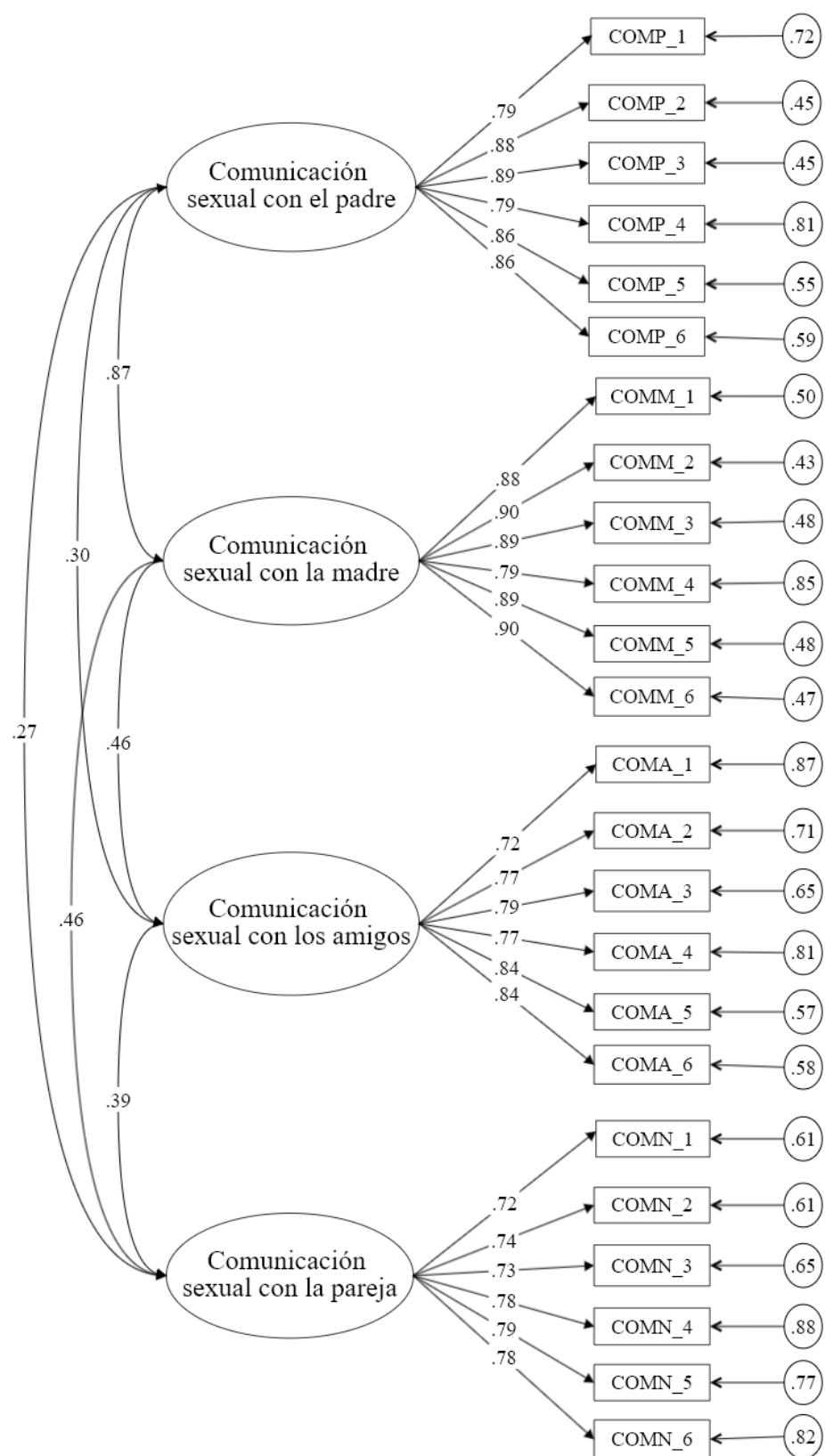


Figura 5. Análisis factorial confirmatorio del instrumento de comunicación sobre temas sexuales.

Índice de aspiraciones en la vida.

Estadísticos descriptivos. Las Tablas 13, 14 y 15 ilustran los datos descriptivos del índice de aspiraciones en la vida. En la Tabla 13 se muestran las subescalas que componen las metas en la vida intrínsecas con sus respectivos reactivos. El reactivo dos sobre crecer y aprender cosas nuevas, fue el que obtuvo la media más alta ($M = 6.28$, $DE = 1.29$), calificado como la meta más importante. La meta menos importante fue el reactivo cuatro sobre tener buenos amigos con los que pueda contar, el cual obtuvo la media más baja ($M = 5.18$, $DE = 1.81$).

Tabla 13

Datos descriptivos de los reactivos que miden las metas en la vida intrínsecas

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Crecimiento personal				
2. Crecer y aprender cosas nuevas	6.28	1.29	-1.89	3.18
9. Al final de mi vida reconocer que ha tenido sentido	5.77	1.56	-1.07	0.29
16. Elegir lo que hago, en lugar de ser empujado (a)	5.93	1.40	-1.13	0.43
23. Conocer y aceptar quién soy realmente	6.22	1.26	-1.55	1.66
30. Obtener una visión mayor de lo que hago	5.63	1.52	-0.84	-0.15
Relaciones significativas				
4. Tener buenos amigos con los que pueda contar	5.18	1.81	-0.64	-0.60
11. Compartir mi vida con alguien a quien amo	6.09	1.40	-1.50	1.57
18. Tener relaciones serias e íntimas	5.22	1.74	-0.60	-0.54
25. Sentir que hay personas que realmente me aman	5.86	1.54	-1.24	0.75
32. Tener relaciones profundas y duraderas	5.52	1.70	-0.91	-0.07
Contribución a la comunidad				
6. Trabajar para mejorar la sociedad	5.61	1.51	-0.78	-0.30
13. Ayudar a las personas que lo necesiten	5.98	1.47	-1.41	1.35
20. Trabajar para hacer del mundo un lugar mejor	5.60	1.62	-0.95	0.03
27. Ayudar a otros a mejorar sus vidas	5.52	1.59	-0.82	-0.13
34. Ayudar a personas que lo necesiten	5.97	1.40	-1.35	1.24
Salud				
7. Estar saludable físicamente	6.06	1.33	-1.25	0.62
14. Sentirme bien con mi nivel de condición física	5.74	1.52	-1.19	0.68
21. Mantenerme saludable y con bienestar	6.17	1.26	-1.54	1.91
28. Estar libre de enfermedades	6.31	1.20	-1.85	3.03
35. Tener un estilo de vida físicamente saludable	5.95	1.38	-1.17	0.53

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 7.

(continúa)

Tabla 13

Datos descriptivos de los reactivos que miden las metas en la vida intrínsecas

(continuación)

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis
Autoexpresión				
40. Ser libre de hacer cosas que me interesan	5.82	1.55	-1.17	0.48
41. Elegir lo que hago, en lugar de ser empujado (a)	5.84	1.56	-1.21	0.64
42. Que mi forma de vida esté en armonía	6.03	1.41	-1.37	1.11
43. Tener una idea de por qué hago las cosas	5.94	1.36	-1.09	0.34
Dominio				
48. Poder hacer cosas en las que soy hábil	5.70	1.50	-0.89	-0.13
49. Establecer objetivos y asegurarme de alcanzarlos	6.02	1.36	-1.31	1.07
50. Buscar tareas difíciles que pueda dominar	5.27	1.59	-0.55	-0.49
51. Ser eficiente	5.86	1.46	-1.14	0.53

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 7.

En la Tabla 14 se aprecian las subescalas con sus respectivos reactivos de las metas en la vida extrínsecas. Las medias son más bajas que las obtenidas en las metas en la vida intrínsecas, así mismo el reactivo calificado como más importante con la media más alta fue el 15 sobre ser financieramente exitoso (a) ($M = 5.03$, $DE = 1.70$), mientras que el reactivo 39 sobre la importancia que tiene para los adolescentes que la gente los obedezca, fue el que obtuvo la media más baja ($M = 2.48$, $DE = 1.80$).

Tabla 14

Datos descriptivos de los reactivos que miden las metas en la vida extrínsecas

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis
Riqueza				
1. Ser una persona muy rica	3.84	1.84	0.01	-0.77
8. Tener muchas posesiones caras	3.15	1.75	0.48	-0.49
15. Ser financieramente exitoso (a)	5.03	1.70	-0.49	-0.51
22. Ser rico (a)	3.61	1.92	0.21	-0.92
29. Tener suficiente dinero para comprar todo lo que quiera	4.41	1.93	-0.19	-0.98

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 7

(continúa)

Tabla 14

Datos descriptivos de los reactivos que miden las metas en la vida extrínsecas

(continuación)

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Fama				
3. Que mi nombre sea conocido por muchas personas	4.11	1.98	-0.03	-1.02
10. Ser admirado (a) por muchas personas	4.04	2.00	0.02	-1.08
17. Ser famoso (a)	2.78	1.77	0.70	-0.38
24. Que mi nombre aparezca frecuentemente en los medios de comunicación	2.94	1.84	0.67	-0.45
31. Ser admirado (a) por muchas personas diferentes	3.70	1.94	0.25	-0.94
Imagen				
5. Ocultar con éxito los signos del envejecimiento	2.94	1.85	0.67	-0.48
12. Tener personas que comenten lo atractivo (a) que me veo	3.33	1.92	0.42	-0.81
19. Estar a la moda con mi cabello y ropa	3.36	1.93	0.38	-0.84
26. Lograr el “look” que he estado buscando	3.59	1.97	0.29	-0.98
33. Tener una imagen que otros encuentren atractiva	3.68	1.89	0.19	-0.88
Poder				
36. Ser poderoso (a)	3.14	1.95	0.56	-0.75
37. Tener una posición social alta	3.58	1.94	0.21	-0.95
38. Poder mandar a las personas	2.59	1.83	0.94	-0.21
39. Que la gente me obedezca	2.48	1.80	1.06	0.12
Adherencia social				
44. Ser aceptado (a) por mis compañeros	3.95	1.95	0.07	-0.95
45. Ser aprobado (a) por personas a mi alrededor	3.69	1.98	0.23	-1.00
46. Ser incluido (a) en los círculos sociales	3.61	1.93	0.24	-0.94
47. "Encajar" con los demás	3.36	1.84	0.40	-0.79

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 7

La Tabla 15 muestra los 11 factores que miden las metas en la vida. Las metas en la vida intrínsecas fueron referidas por los participantes como las más importantes con la media más alta ($M = 5.82$, $DE = 0.89$). La meta intrínseca de salud reportó la media más alta ($M = 6.04$, $DE = 1.04$) y la meta extrínseca con la media más alta fue la de riqueza ($M = 4.00$, $DE = 1.43$).

Tabla 15

Datos descriptivos de los factores que componen el índice de aspiraciones en la vida

Factor	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Metas en la vida intrínsecas	5.82	0.89	-1.09	1.46
Crecimiento personal	5.96	1.01	-1.23	1.57
Relaciones significativas	5.57	1.10	-0.73	0.24
Contribución a la comunidad	5.73	1.18	-0.93	0.45
Salud	6.04	1.04	-1.14	0.68
Autoexpresión	5.90	1.19	-1.05	0.47
Dominio	5.71	1.17	-0.90	0.44
Metas en la vida extrínsecas	3.51	1.27	0.22	-0.38
Riqueza	4.00	1.43	0.04	-0.44
Fama	3.51	1.55	0.22	-0.66
Imagen	3.37	1.51	0.39	-0.54
Poder	2.94	1.62	0.72	-0.21
Adherencia social	3.65	1.72	0.20	-0.82

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 7

Análisis factorial confirmatorio. En la Figura 6 se muestra la estructura del índice de aspiraciones en la vida. En el modelo se hipotetizan las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas como variables latentes exógenas y 11 factores o variables latentes endógenas. Seis factores conforman la variable latente exógena metas en la vida intrínsecas (crecimiento personal, relaciones significativas, contribución a la comunidad, salud, dominio y autoexpresión) con 28 variables observables.

Los otros cinco factores conforman la variable latente exógena metas en la vida extrínsecas (riqueza, fama, imagen, poder y adherencia social) compuesta por 23 variables observables. Los índices de bondad de ajuste del modelo resultaron aceptables ($\chi^2 = 4679.32$, $p < .001$, $gl = 1223$, $\chi^2/gl = 3.82$, NNFI = .93, CFI = .93, RMSEA = .07, SRMR = .08, GFI = .94). El modelo presentó cargas factoriales que oscilan de .38 hasta .66 para las metas en la vida intrínsecas, y desde .49 hasta .77 para las metas en la vida extrínsecas. Las saturaciones factoriales de los reactivos fueron estadísticamente significativas ($p < .001$).

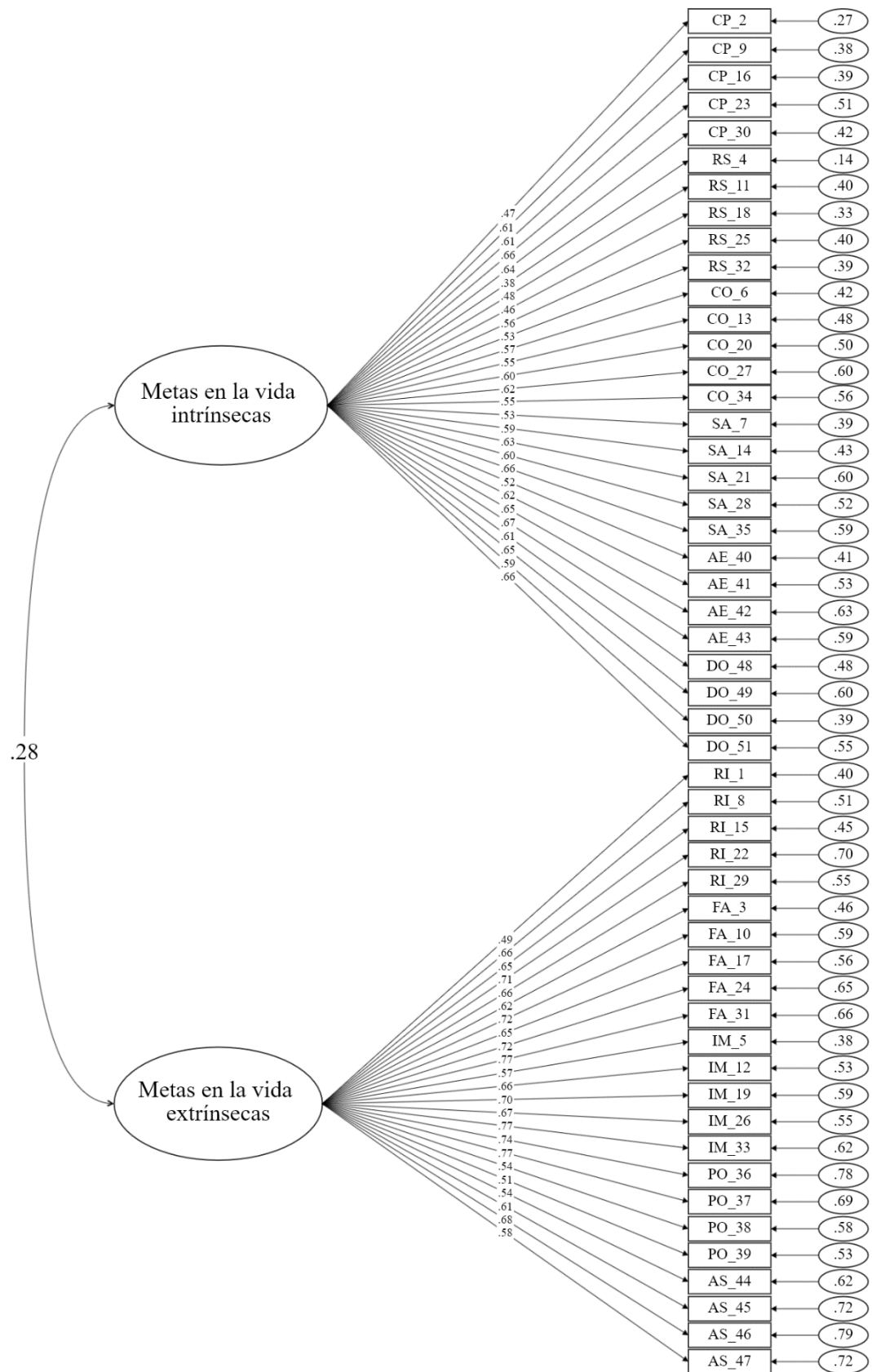


Figura 6. Análisis factorial confirmatorio del índice de aspiraciones en la vida.

Escala de satisfacción y frustración de las NNPB ESFNPB.

Estadísticos descriptivos. En las Tablas 16, 17 y 18 se aprecian los datos descriptivos de la ESFNPB aplicada hacia la prevención de embarazo en adolescentes. En la Tabla 16 se observan las subescalas de la satisfacción de las NPB con sus respectivos reactivos. El reactivo nueve “me siento conectado(a) con mi pareja cuando nos cuidamos para evitar un embarazo” obtuvo la media más alta ($M = 41.19$, $DE = 0.83$) y la media más baja se mostró en el reactivo 21 “experimento un sentimiento cálido con las personas que hablo sobre temas de sexualidad” ($M = 3.23$, $DE = 0.92$).

Tabla 16

Datos descriptivos de los reactivos que miden la satisfacción de las NPB

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
En mis relaciones sexuales siento que...				
Satisfacción de autonomía				
1. Tengo la libertad para elegir como disfrutar mi vida sexual	4.05	0.94	-0.95	0.83
7. Mis decisiones sobre cómo prevenir un embarazo reflejan lo que realmente quiero	3.62	1.08	-0.64	-0.20
13. Mi elección sobre no ser madre/padre en este momento, muestra quién soy realmente	3.36	1.28	-0.30	-1.04
19. Disfrutar mi sexualidad responsablemente es lo que realmente me interesa	3.93	0.97	-0.76	0.19
Satisfacción de competencia				
5. Estoy seguro(a) de que puedo usar correctamente un método anticonceptivo	4.15	0.84	-1.03	1.26
11. Me siento capaz de evitar un embarazo	4.07	0.87	-0.93	1.00
17. Me siento competente para lograr prevenir un embarazo en esta etapa de mi vida	3.77	1.02	-0.68	-0.03
23. Puedo prevenir un embarazo exitosamente	3.86	0.93	-0.62	0.09
Satisfacción de relaciones				
3. Siento que las personas que me importan se preocupan por que utilice algún método anticonceptivo	3.72	0.98	-0.55	-0.22
9. Me siento conectado (a) con mi pareja cuando nos cuidamos para evitar un embarazo	4.19	0.83	-1.10	1.58

Nota: M = Media, DE = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5

(continúa)

Tabla 16

Datos descriptivos de los reactivos que miden la satisfacción de las NPB (continuación)

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
En mis relaciones sexuales siento que...				
15. Me siento cercano (a) y conectado (a) con otras personas que son importantes para mí vida	3.89	0.85	-0.66	0.67
21. Experimento un sentimiento cálido con las personas que hablo sobre temas de sexualidad	3.23	0.92	-0.08	-0.23

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5

La Tabla 17 presenta los datos descriptivos de los reactivos que componen la frustración de las NPB. Se observa que el reactivo seis “tengo serias dudas sobre si puedo usar correctamente un método anticonceptivo y prevenir un embarazo” refleja la media más alta ($M = 2.51$, $DE = 1.07$). El reactivo ocho “en mi vida sexual me siento obligado(a) a hacer muchas cosas que no elegiría hacer” obtuvo la media más baja ($M = 1.82$, $DE = 0.86$).

Tabla 17

Datos descriptivos de los reactivos que miden la frustración de las NPB

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Frustración de autonomía				
2. En mi vida sexual, la mayoría de las cosas que hago son porque “tengo que hacerlas”	2.07	0.91	1.04	1.30
8. En mi vida sexual me siento obligado (a) a hacer cosas que no elegiría hacer	1.82	0.86	1.29	2.15
14. Me siento presionado (a) para hacer demasiadas cosas para evitar un embarazo	2.19	0.94	0.91	0.79
20. Utilizar un método anticonceptivo cada vez que tengo relaciones sexuales se siente como una obligación	2.46	1.14	0.60	-0.46
Frustración de competencia				
6. Tengo serias dudas sobre si puedo usar un método anticonceptivo	2.51	1.07	0.47	-0.42

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5

(continúa)

Tabla 17

Datos descriptivos de los reactivos que miden la frustración de las NPB (continuación)

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
12. Me siento decepcionado (a) con muchas de mis acciones en la prevención de un embarazo	2.21	0.96	0.85	0.66
18. Me siento inseguro (a) acerca de mis habilidades para prevenir un embarazo	2.26	0.99	0.79	0.30
24. Siento que fracaso por los errores que cometo al usar un método anticonceptivo	2.11	0.85	0.94	1.31
Frustración de relaciones				
4. Me siento excluido por mi interés en no embarazarme o embarazar a alguien	1.91	0.94	1.13	1.03
10. Siento que las personas importantes son frías y distantes cuando quiero hablar de sexualidad	2.35	1.06	0.77	0.12
16. Tengo la impresión de que las personas con las que paso el tiempo no me quieren	2.17	0.96	0.89	0.71
22. Siento que las relaciones que tengo con una pareja son simplemente superficiales	2.32	0.89	0.66	0.47

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5

La Tabla 18 expone los componentes de la ESFNPB. Muestra que la subescala de satisfacción de NPB reporta la media más alta ($M = 3.82$, $DE = .52$). El componente con la media más alta fue el que mide la satisfacción de competencia ($M = 3.96$, $DE = 0.70$) y el más bajo fue el que mide la frustración de autonomía ($M = 2.13$, $DE = 0.62$).

Tabla 18

Datos descriptivos de los factores que componen la ESFNPB

Factor	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Satisfacción de las NPB	3.82	0.52	-0.13	-0.01
Satisfacción de autonomía	3.73	0.69	-0.11	-0.52
Satisfacción de competencia	3.96	0.70	-0.48	0.06
Satisfacción de relaciones	3.75	0.58	-0.19	0.02
Frustración de las NPB	2.19	0.50	0.36	0.90
Frustración de autonomía	2.13	0.62	0.57	0.83
Frustración de competencia	2.27	0.68	0.41	0.43
Frustración de relaciones	2.18	0.60	0.42	0.32

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5.

Análisis factorial confirmatorio. En la Figura 7 se representa la estructura factorial de la ESFNPB que se puso a prueba en base a la TAD. El modelo teoriza dos variables latentes exógenas: satisfacción y frustración de las NPB que conjuntamente conforman seis variables latentes endógenas: satisfacción de autonomía, de competencia y relación, y frustración de autonomía, competencia y relación, cada una formadas por cuatro variables observables. Los índices de bondad de ajuste del modelo fueron aceptables y satisfactorios ($\chi^2 = 38.86$, $p < .001$, $gl = 245$, $\chi^2 / gl = 4.85$, NNFI = .91, CFI = .95, RMSEA = .08, SRMR = .06, GFI = .98). Asimismo, el modelo mostró saturaciones factoriales que oscilan desde .33 a .61 en la satisfacción de las NPB y de .35 a .55 en la frustración de las NPB. Todas las saturaciones factoriales de los reactivos fueron estadísticamente significativas ($p < .01$).

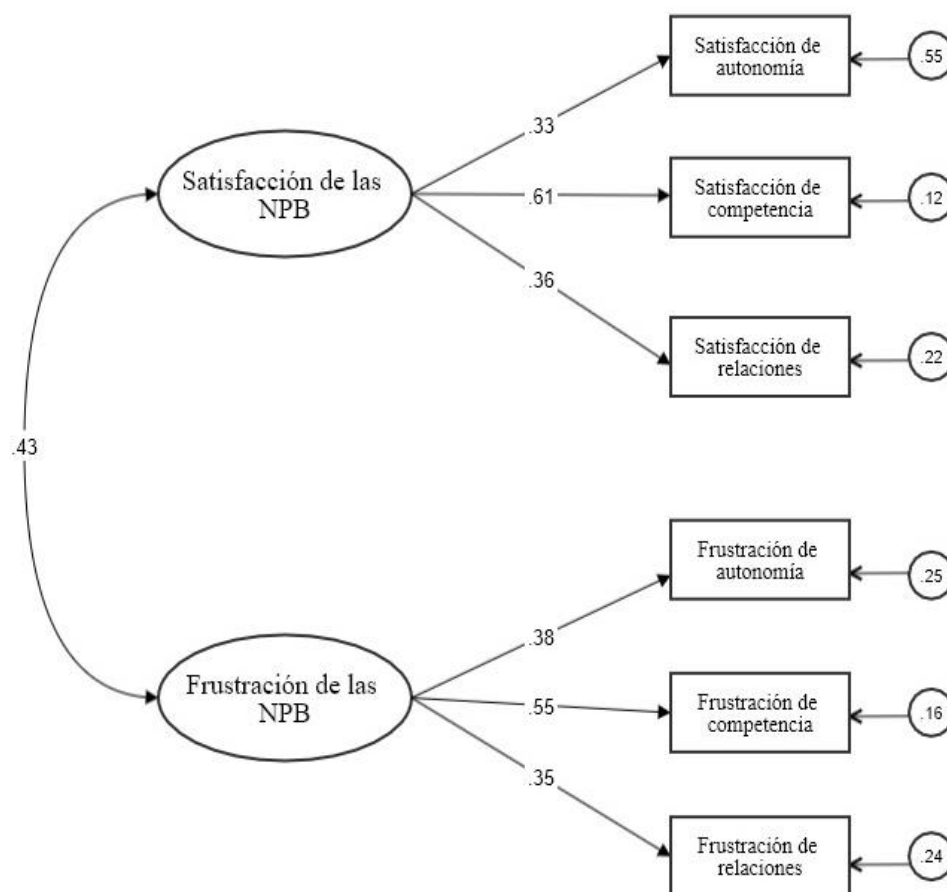


Figura 7. Análisis factorial confirmatorio de la ESFNPB.

Cuestionario de regulación de la conducta BREQ-3.

Estadísticos descriptivos. En la Tabla 19 se observan las subescalas con los respectivos reactivos que componen el cuestionario de regulación de la conducta BREQ-3, adaptado a la motivación autodeterminada del adolescente para la prevención del embarazo. El reactivo tres “yo evito un embarazo porque valoro los beneficios que tiene el no ser madre/padre en esta etapa de mi vida” obtuvo la media más alta ($M = 2.95$, $DE = 1.10$). “Pienso que evitar un embarazo es una pérdida de tiempo” fue el reactivo con la media más baja ($M = 0.45$, $DE = 1.00$).

Tabla 19

Datos descriptivos de los reactivos del cuestionario de regulación de la conducta

BREQ-3

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Yo evito un embarazo...				
Regulación intrínseca				
4. Porque creo que es divertido disfrutar mi sexualidad sin hijos	2.84	1.20	-0.91	-0.04
12. Porque disfruto mis relaciones sexuales protegidas	2.91	1.09	-0.92	0.10
18. Porque encuentro agradable las relaciones sexuales protegidas	2.75	1.16	-0.78	-0.22
22. Porque me resulta placentero y satisfactorio protegerme en mis relaciones sexuales	2.66	1.21	-0.61	-0.64
Regulación integrada				
5. Porque va de acuerdo con mi forma de vida	2.56	1.21	-0.59	-0.57
10. Porque considero que tener hijos en esta etapa no forma parte de mí	2.75	1.32	-0.83	-0.48
15. Porque veo la prevención del embarazo como una parte fundamental de lo que soy	2.55	1.24	-0.56	-0.67
20. Porque considero que tener relaciones sexuales responsables está de acuerdo con mis valores	2.78	1.19	-0.82	-0.23
Regulación identificada				
3. Porque valoro los beneficios que tiene el no ser madre/padre en esta etapa de mi vida	2.95	1.10	-0.92	0.09
9. Porque para mí es importante no ser madre/padre en la adolescencia	2.73	1.32	-0.78	-0.59
17. Porque pienso que es importante hacer el esfuerzo de usar un método anticonceptivo consistentemente para tener una adolescencia sin hijos	2.72	1.19	-0.81	-0.17
Regulación introyectada				
2. Porque me siento culpable si no me cuido	1.67	1.32	0.12	-1.22
8. Porque me sentiría avergonzado(a) si me embarazo o embarazo a mi pareja	1.24	1.39	0.68	-0.94
16. Porque siento que he fallado cuando no he utilizado un método anticonceptivo	1.42	1.34	0.43	-1.07
21. Porque me pongo nervioso (a) si no utilizo un método en cada relación sexual	1.72	1.43	0.16	-1.34

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 0 y máximo = 4

(continúa)

Tabla 19

Datos descriptivos de los reactivos del cuestionario de regulación de la conducta

BREQ-3 (continuación)

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Yo evito un embarazo...				
Regulación externa				
1. Porque los demás me dicen que no debo tener hijos a mi edad	1.61	1.37	0.30	-1.17
7. Porque mis amigos/padres/pareja me dicen que no debo tener aun hijos	1.66	1.35	0.22	-1.20
13. Porque otras personas no estarán contentas si me embarazo o embarazo a alguien	1.54	1.42	0.34	-1.24
19. Porque me siento bajo la presión de mis amigos/padres de evitar un embarazo	1.43	1.35	0.47	-1.01
No motivación				
6. No veo por qué tengo que evitar un embarazo	0.91	1.18	1.14	0.23
11. No veo por qué tengo que molestarme en utilizar un método anticonceptivo	1.64	1.55	0.24	-1.53
14. No veo el sentido de prevenir el embarazo con un método anticonceptivo	0.68	1.08	1.49	1.17
23. Pienso que evitar un embarazo es una pérdida de tiempo	0.45	1.00	2.25	4.01

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 0 y máximo = 4

En la Tabla 20 se describen los factores del cuestionario de regulación de la conducta BREQ-3. La media más alta se ubica en la regulación identificada con 2.80 (*DE* = 0.97), mientras que la más baja se obtuvo en la no motivación con una media de 0.91 (*DE* = 0.82). También se muestra el índice de autodeterminación (IAD) obtenido de la integración de todos los factores, del cual resultó una media de 9.08 (*DE* = 6.17) con valores de un rango de -6 a 24.

Tabla 20

Datos descriptivos de los factores que componen el cuestionario regulación de la conducta BREQ-3

Factor	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis
Regulación intrínseca	2.78	0.91	-0.63	-0.08
Regulación integrada	2.65	0.95	-0.49	-0.37
Regulación identificada	2.80	0.97	-0.64	-0.28
Regulación introyectada	1.51	0.98	0.20	-0.68
Regulación externa	1.56	1.03	0.27	-0.70
No motivación	0.91	0.82	0.84	0.30
Índice de autodeterminación (IAD)	9.08	6.17	-0.05	-0.66

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 0 y máximo = 4, valores del IAD = -6 a 24.

Análisis factorial confirmatorio. En la Figura 8 está representada la estructura factorial del cuestionario de regulación de la conducta BREQ-3 en base a la TAD. El modelo hipotetiza seis variables latentes dependientes (regulación intrínseca, integrada, identificada, introyectada, externa y la no motivación) que conforman 23 variables observables. Los índices de bondad de ajuste del modelo presentaron valores por debajo de lo aceptable ($\chi^2 = 856.73$, $p < .001$, $gl = 215$, $\chi^2 / gl = 3.98$, NNFI = .84, CFI = .87, RMSEA = .07, SRMR = .06), por lo que se tomaron en cuenta los índices de modificación para ajustar el modelo; por lo que se eliminaron dos reactivos con cargas factorial bajas, el reactivo 11 de la no motivación y el reactivo 10 de la regulación integrada. Finalmente, este modelo presentó índices de ajustes satisfactorios: $\chi^2 = 377.72$, $p < .001$, $gl = 174$, $\chi^2 / gl = 2.17$, NNFI = .97, CFI = .98, RMSEA = .04, SRMR = .05, GFFI = .98. El modelo mostró saturaciones factoriales estadísticamente significativas ($p < .01$), desde .64 hasta .94 en los factores.

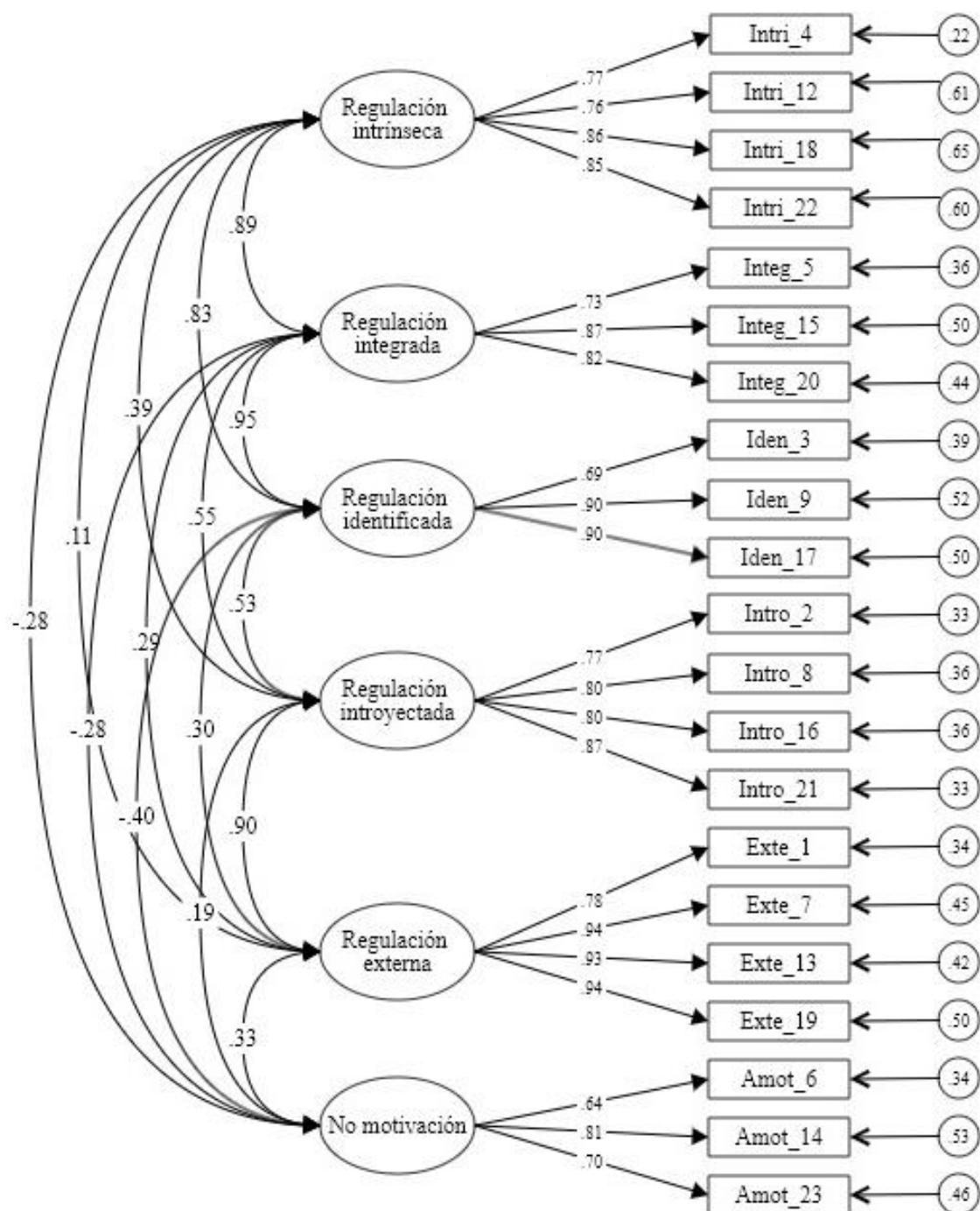


Figura 8. Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de regulación de la conducta BREQ-3.

Escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva.

Estadísticos descriptivos. Los datos descriptivos de la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva que miden la variable conducta sexual de prevención del embarazo, se aprecian en la Tabla 21. El reactivo 10, “he tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades” reflejó la media más alta ($M = 4.64$, $DE = 0.87$) y el reactivo 20 “he usado el condón femenino o he tenido sexo con una mujer que lo ha usado” obtuvo la media más baja ($M = 1.54$, $DE = 1.10$).

Tabla 21

Datos descriptivos de los reactivos de la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis
1. Me he sentido presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales	4.53	0.87	-1.90	3.02
2. Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual	4.09	1.36	-1.30	0.28
3. Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales	4.14	1.17	-1.27	0.61
4. Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales	4.10	1.16	-1.11	0.21
5. Tengo relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos	3.95	1.18	-0.94	-0.02
6. Me informo sobre métodos anticonceptivos	4.14	1.03	-1.09	0.56
7. Me informo sobre planificación familiar	3.76	1.26	-0.67	-0.63
8. En mi primera relación sexual usé algún método anticonceptivo	3.92	1.60	-1.03	-0.70
9. Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	4.26	1.09	-1.38	1.04
10. He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades	4.64	0.87	-2.70	6.84
11. Uso el condón en mis relaciones sexuales	4.11	1.19	-1.25	0.54
12. Tengo relaciones sexuales sin usar condón	3.95	1.21	-0.95	-0.07
13. La última vez que tuve relaciones sexuales con una pareja esporádica usé el condón	4.03	1.48	-1.20	-0.17
14. Generalmente llevo un condón conmigo	2.88	1.47	0.07	-1.35
15. Llevo un condón conmigo en este momento	2.54	1.68	0.43	-1.51

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5

(continúa)

Tabla 21

Datos descriptivos de los reactivos de la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva (continuación)

Reactivo	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis
16. Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto	4.22	1.26	-1.49	0.93
17. Llevo más de un condón conmigo	2.61	1.52	0.35	-1.32
18. Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo	4.02	1.34	-1.15	0.01
19. Cuando tengo sexo con mi novio (a) no uso condón	3.66	1.47	-0.64	-1.03
20. He usado el condón femenino o he tenido sexo con una mujer que lo ha usado	1.54	1.10	2.03	3.03

Nota: *M* = Media, *DE* = Desviación Estándar, Valor mínimo = 1 y máximo = 5

Análisis factorial confirmatorio. La figura 9 representa la estructura de la de la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva que se puso a prueba basada en la evidencia empírica, detallada anteriormente. El modelo hipotetiza la existencia de 20 variables observables o reactivos que conforman un solo factor. Para correr el modelo el programa pidió eliminar el reactivo 18 ya que correlacionaba perfectamente con el reactivo 19. Los índices de bondad de ajuste del modelo estuvieron por debajo de los valores aceptables ($\chi^2 = 2010.06$, $p < .001$, $gl = 152$, $\chi^2 / gl = 13.22$, NNFI = .87, CFI = .88, RMSEA = .14, SRMR = .10, GFI = .923), por lo que se consultaron los índices de modificación, los cuales sugerían unir los errores de las variables observables 14, 15 y 17. Una vez hecho lo anterior, los índices de bondad de ajuste resultaron ser aceptables ($\chi^2 = 625.63$, $p < .001$, $gl = 149$, $\chi^2 / gl = 4.19$, NNFI = .94, CFI = .95, RMSEA = .07, SRMR = .08, GFI = .96).

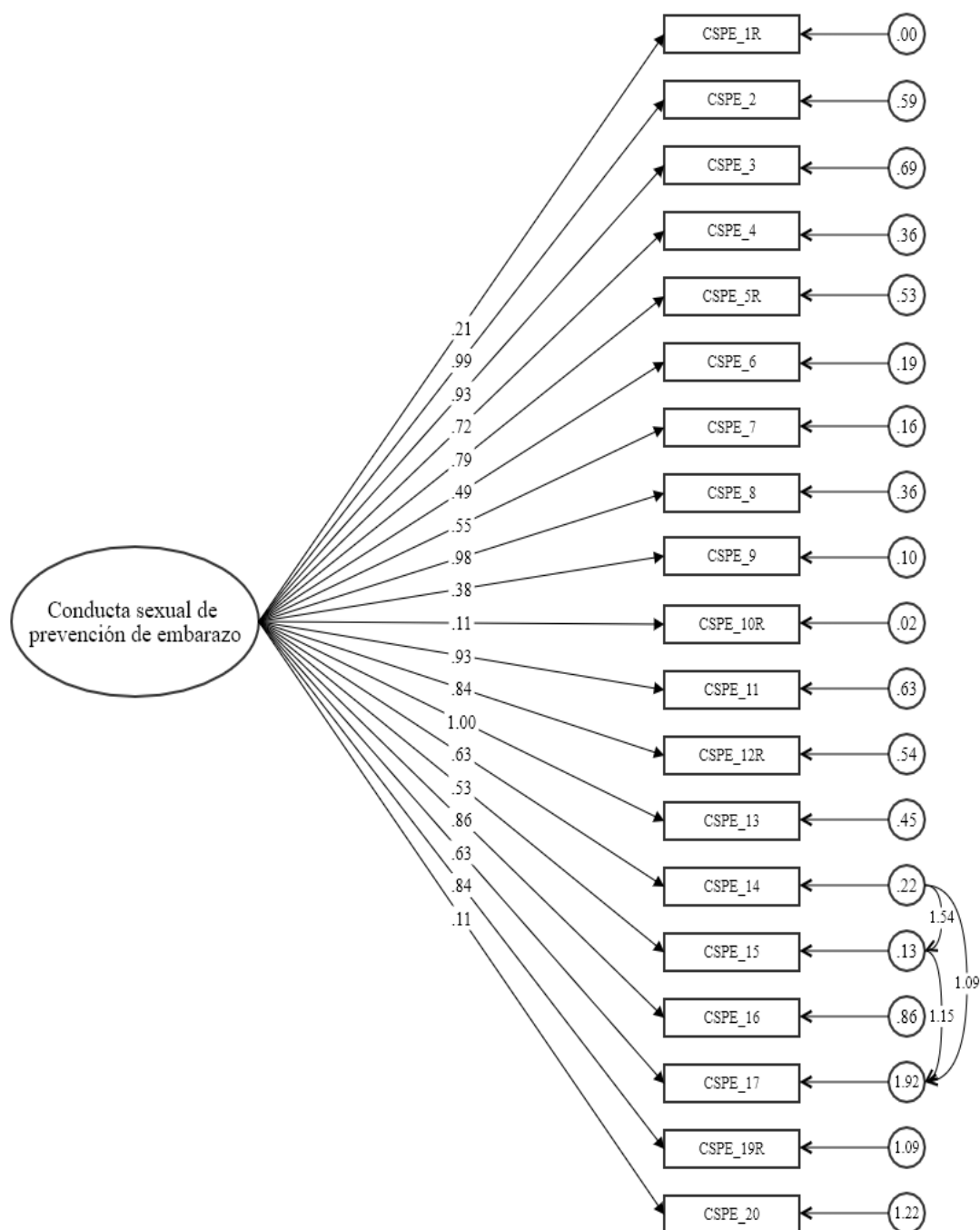


Figura 9. Análisis factorial confirmatorio de la escala de prácticas en salud sexual y salud reproductiva

Análisis de Correlación de las Variables del Estudio

Para corroborar las relaciones que se dan entre las variables principales, se procedió a realizar el análisis de correlación de manera preliminar, antes de poner a prueba el modelo hipotético propuesto en este trabajo. En la Tabla 22 se aprecian relaciones similares a las planteadas en el MACSPEA. La edad de IVS se relaciona significativamente con la comunicación sexual con la madre. El conocimiento sobre prevención del embarazo se relaciona negativamente con la frustración de las NPB, y de forma positiva con las metas en la vida intrínsecas, satisfacción de NPB, motivación autodeterminada y con la conducta sexual de prevención del embarazo. La motivación autodeterminada se relaciona positivamente con el conocimiento sobre prevención del embarazo, comunicación sexual con la pareja, metas en la vida intrínsecas y satisfacción de las NPB.

La conducta sexual de prevención del embarazo se relaciona con todas las variables del estudio, aunque con algunas de forma incipiente. La mayor relación de la conducta sexual de prevención del embarazo es con la comunicación sexual con la pareja, motivación autodeterminada, satisfacción de las NPB, comunicación sexual con la madre, metas en la vida intrínsecas, conocimiento sobre prevención del embarazo y comunicación sexual con el padre; en este orden de mayor a menor relación. Mientras que la frustración de las NPB está relacionada de forma negativa con la conducta sexual de prevención del embarazo.

Tabla 22

Análisis de correlaciones de las variables de estudio

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Edad de inicio de vida sexual	1											
2. Conocimiento sobre prevención de embarazo	-.00	1										
3. Comunicación sexual con el padre	.13**	-.13**	1									
4. Comunicación sexual con la madre	.22**	-.00	.56**	1								
5. Comunicación sexual con amigos	.03**	.12**	.26**	.33**	1							
6. Comunicación sexual con la pareja	.11**	.17**	.27**	.39**	.44**	1						
7. Metas de vida intrínsecas	-.02	.26**	-.01	.15**	.21**	.21**	1					
8. Metas de vida extrínsecas	-.06	-.13**	-.03	-.05	.12**	-.04	.28**	1				
9. Satisfacción de las NPB	-.00	.37**	.11**	.18**	.29**	.29**	.37**	.01	1			
10. Frustración de las NPB	-.03	-.28**	.03	-.11**	-.08*	-.17**	-.16**	.26**	-.30**	1		
11. Motivación autodeterminada	-.01	.44**	-.07	.09*	.15**	.21**	.33**	-.14**	.52**	-.46**	1	
12. Conducta sexual de prevención de embarazo	.15**	.25**	.21**	.30**	.17**	.38**	.26**	-.17**	.32**	-.26**	.37**	1

** $p = .001$, * $p = .05$

Modelo de Medida

El objetivo del estudio es determinar la influencia de los factores personales, la comunicación sexual, metas en la vida intrínsecas y extrínsecas, satisfacción y frustración de las NPB y la motivación autodeterminada, sobre la conducta sexual de prevención del embarazo. Se han realizado los análisis descriptivos e inferenciales mencionados en apartados anteriores, como pasos previos para la realización del modelaje de ecuaciones estructurales y darle respuesta al objetivo general y a los objetivos específicos.

Por lo tanto, es necesario examinar un modelo de medida para determinar si los reactivos de las variables latentes, se correlacionan con sus factores de forma satisfactoria y si éstas en su conjunto ajustan adecuadamente. Se necesita obtener índices de ajuste satisfactorio del modelo de medida para poder correr el modelo hipotetizado.

En el modelo de medida se consideraron como variables latentes la comunicación sexual con el padre, con la madre, con los amigos y con la pareja, las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas del adolescente, la satisfacción y frustración de las NPB y la conducta sexual de prevención del embarazo. Todas las variables latentes tienen como indicadores sus reactivos, previamente presentados en los apartados de AFC de los instrumentos. El modelo presentó índices de ajuste aceptables $\chi^2 = 12508.01$, $p < .001$, $gl = 4913$, $\chi^2 / gl = 2.54$, NNFI = .93, CFI = .93, RMSEA = .05, SRMR = .07, GFI = .92 confirmando la validez divergente de las variables latentes.

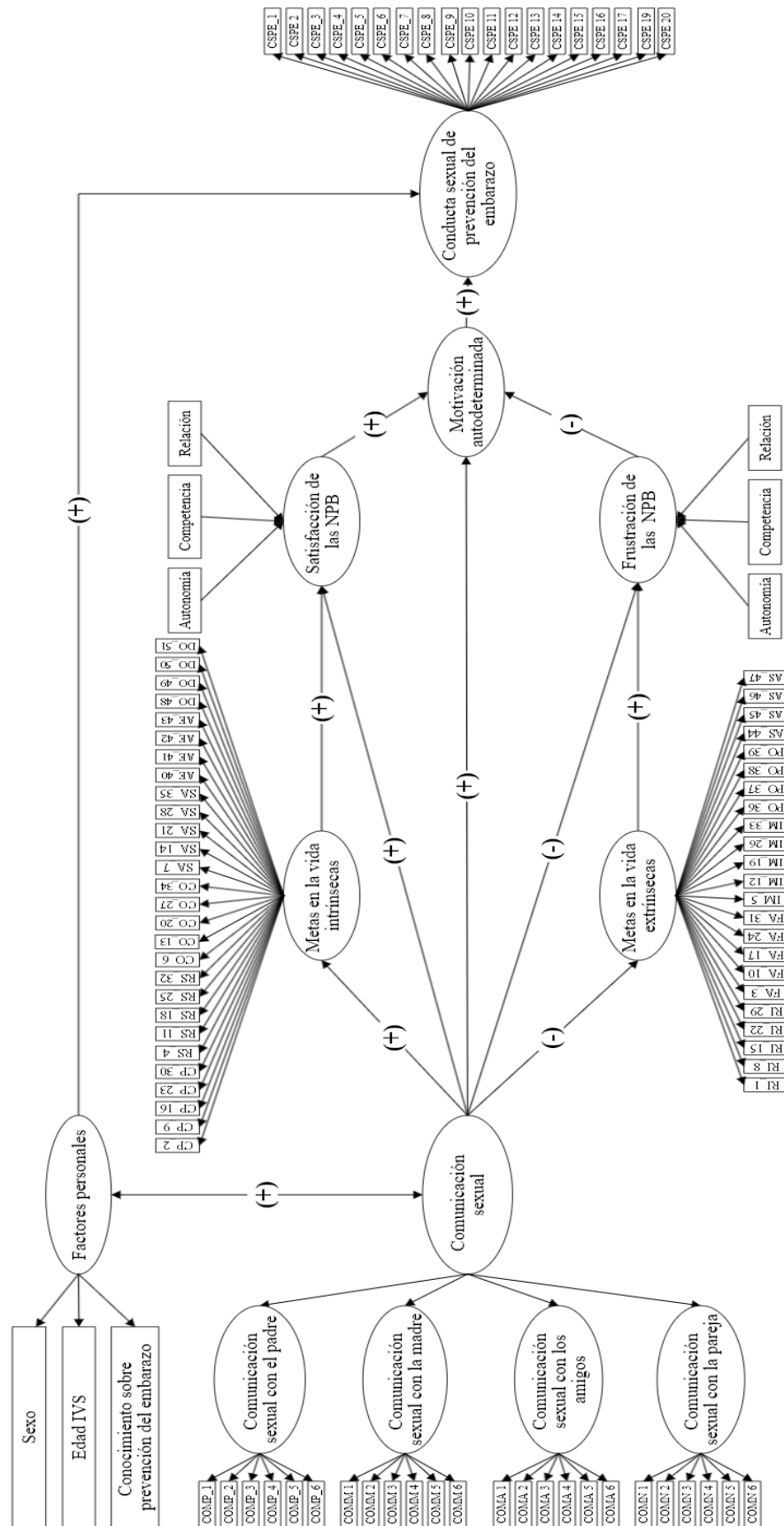


Figura 10. Modelo hipotetizado del MACSPEA

Modelo de Ecuaciones Estructurales de la Autodeterminación para la Conducta Sexual de Prevención del Embarazo en la Adolescencia

Se puso a prueba el modelo de ecuaciones estructurales MACSPEA. En el modelo se hipotetiza que la comunicación sexual del adolescente con el padre, la madre, los amigos y con la pareja se relacionará con las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas del adolescente, también se relacionarán con la satisfacción y frustración de las NPB y con la motivación autodeterminada del adolescente para la prevención de embarazo. De igual forma, la comunicación sexual se relacionará con los factores personales de sexo, edad de IVS y con el conocimiento sobre prevención de embarazo, y se hipotetiza que la comunicación sexual tendrá una relación directa con la conducta sexual de prevención de embarazo.

Por otra parte, las metas en la vida intrínsecas se relacionarán con la satisfacción de las NPB, y las metas en la vida extrínsecas con la frustración de las NPB. Así mismo, la satisfacción y frustración de las NPB mediarán la relación entre la comunicación sexual y la motivación autodeterminada; además se relacionarán con la motivación autodeterminada. Finalmente, se hipotetiza que la motivación autodeterminada se relacionará con la conducta sexual de prevención de embarazo.

Al rodar el modelo, el software JASP no logró identificar el modelo de medida hipotetizado (Figura 10), debido a ello, se optó por plantear un modelo alternativo al original, donde no se incluyeron los factores personales, esto en respuesta a que dichos factores no forman parte del modelo de Vallerand ni de la TAD, sino de la evidencia empírica. Las relaciones de los factores personales (sexo, edad de IVS y conocimiento), se analizaron de forma independiente para responder a los objetivos específicos planteados. Por lo que se decidió rodar el MACSPEA con el resto de las variables. Una vez rodado el modelo alternativo, se obtuvieron índices de bondad de ajuste aceptables: $\chi^2 = 5949.67$, $p < .001$, $gl = 1861$, $\chi^2 / gl = 3.19$, NNFI = .93, CFI = .93, RMSEA = .06, SRMR = .07, GFI = .93 (Figura 11).

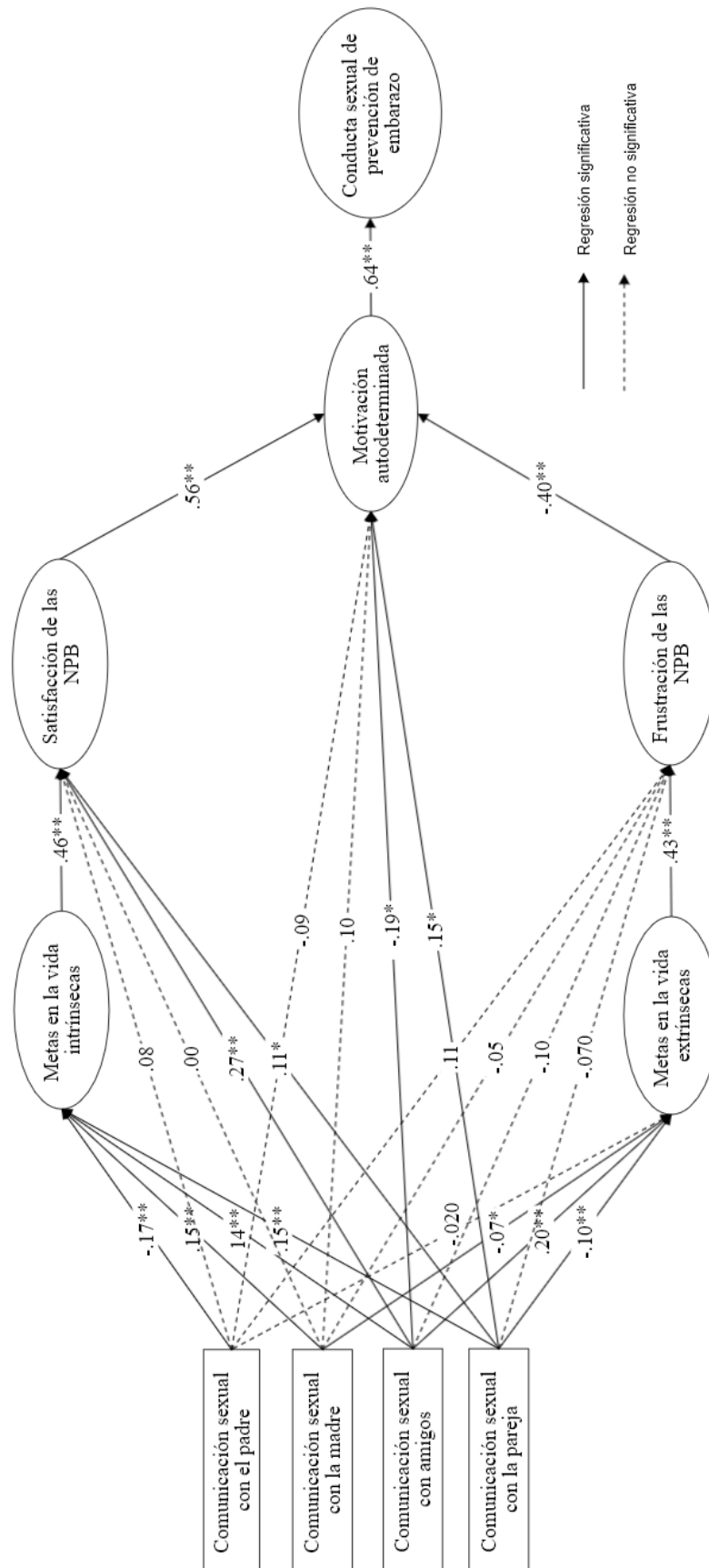


Figura 11. Modelo alternativo del MACSPEA.

Al correr el modelo alternativo (Figura 11) se observan relaciones significativas positivas y negativas, así como relaciones no significativas. La comunicación sexual con el padre, no fue significativa con las metas en la vida extrínsecas, con las NPB, ni con la motivación autodeterminada; solo resultó significativa con las metas en la vida intrínsecas de forma negativa. La comunicación sexual con la madre no fue significativa con la satisfacción y frustración de las NPB, ni con la motivación autodeterminada; resultó significativa con las metas en la vida intrínsecas de forma positiva y negativa con las metas en la vida extrínsecas. La comunicación sexual con los amigos, resultó significativa estadísticamente con las metas en la vida intrínsecas, extrínsecas y la satisfacción de las NPB de forma positiva, con la motivación autodeterminada fue negativa y no significativa con la frustración de las NPB.

La comunicación sexual con la pareja no fue significativa con la frustración de las NPB; resultó negativa con las metas en la vida extrínsecas y positiva con las metas en la vida intrínsecas, la satisfacción de las NPB y con la motivación autodeterminada. Se observa que las metas en la vida intrínsecas resultaron estadísticamente significativas de manera positiva con la satisfacción de las NPB y las metas en la vida extrínsecas con la frustración de las NPB. Se muestra relación significativa y negativa de la frustración de las NPB y de la motivación autodeterminada y relaciones positivas significativas de la satisfacción de las NPB con la motivación autodeterminada y de la motivación autodeterminada con la conducta sexual de prevención del embarazo.

Posteriormente, se decidió realizar la solución estandarizada del modelo alternativo eliminando las regresiones que no fueron significativas con las NPB, las metas en la vida y con la motivación autodeterminada. Los índices de bondad de ajuste fueron aceptables: $\chi^2 = 5975.60$, $p < .001$, $gl = 1870$, $\chi^2 / gl = 3.19$, NNFI = .93, CFI = .93, RMSEA = .06, SRMR = .07, GFI = .92; por lo que se decidió tomar esta solución estandarizada del modelo alternativo como el modelo final del MACSPEA (Figura 12).

Adicionalmente, en los resultados del MACSPEA se identificaron efectos indirectos, tales como la relación negativa de las metas en la vida intrínsecas con la frustración de las NPB ($\beta = -.37, p < .001$) y de las metas en la vida extrínsecas con la satisfacción de las NPB ($\beta = -.15, p < .001$). Asimismo, en el análisis de correlaciones previas a rodar el modelo, se observan relaciones no propuestas mayores o iguales a .30. La conducta sexual de prevención del embarazo se relacionó positivamente con la comunicación sexual con la madre ($r_s = .30, p = .001$), comunicación sexual con la pareja ($r_s = .38, p = .001$) y con la satisfacción de las NPB ($r_s = .32, p = .001$). También se encontró una relación positiva de las metas en la vida intrínsecas con el conocimiento sobre prevención del embarazo ($r_s = .33, p = .001$) y con la motivación autodeterminada ($r_s = .30, p = .001$). Además de la relación positiva identificada entre la motivación autodeterminada y el conocimiento de prevención del embarazo ($r_s = .44, p = .001$).

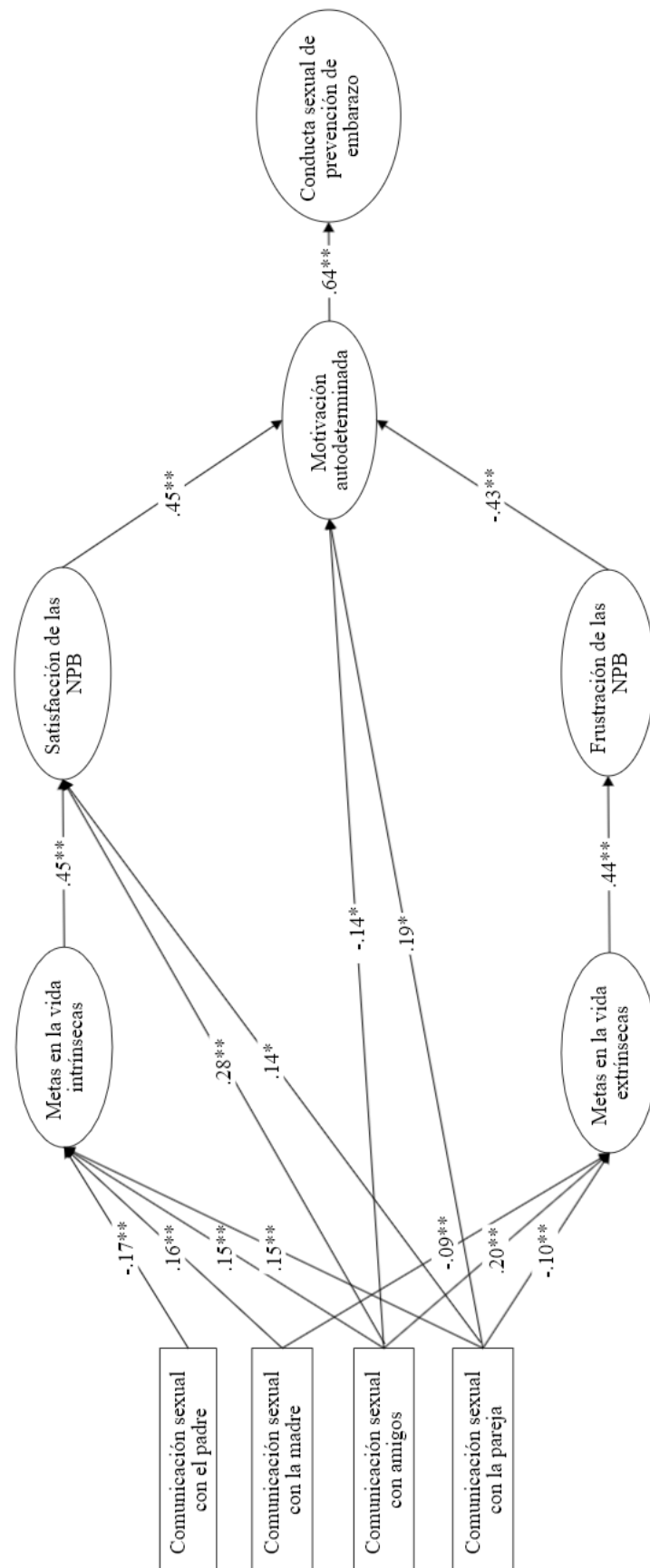


Figura 12. Solución estandarizada del modelo alternativo del MACSPEA.

Después de los análisis realizados anteriormente, se procedió a responder a los objetivos planteados del MACSPEA. Para responder a los objetivos específicos uno y dos, sobre identificar la relación de los factores personales (sexo, edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo) con la comunicación sexual (parental, con los amigos y la pareja) y con la conducta sexual de prevención del embarazo, fue necesario ejecutar un análisis inferencial fuera del modelo alternativo dos.

Se realizó una comparación entre grupos para conocer si existen diferencias entre las variables de comunicación sexual y la conducta sexual de prevención del embarazo de acuerdo al sexo. En la Tabla 23 se observa que existe diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y la comunicación sexual con el padre, con la madre, los amigos y con la conducta sexual de prevención del embarazo. No obstante, la mediana más alta en hombres y mujeres fue en la comunicación sexual con la pareja y la mediana más baja fue en la comunicación sexual con el padre.

Tabla 23

Diferencia de medianas de las variables comunicación sexual y conducta sexual de prevención del embarazo de acuerdo al sexo mediante la prueba U de Mann-Whitney

Variable	<i>Hombre</i>			<i>Mujer</i>			<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>		
Comunicación sexual con el padre	2.80	2.83	1.21	2.50	2.16	1.30	40945.00	.001
Comunicación sexual con la madre	3.02	3.00	1.32	3.48	3.66	1.37	38458.50	.001
Comunicación sexual con los amigos	3.17	3.16	1.11	3.48	3.66	1.13	40277.00	.001
Comunicación sexual con la pareja	3.87	4.00	1.05	3.97	4.33	1.04	44879.00	.152
Conducta sexual de prevención del embarazo	3.81	4.00	0.73	3.71	3.85	0.68	43456.00	.040
<i>n =</i>	303			317				

Nota: *M* = Media, *Mdn* = Mediana, *p* = Valor de p, *DE* = Desviación Estándar, *U* = U de Mann-Whitney

En cuanto a la comunicación sexual con los padres, las mujeres presentaron la mediana más alta en la comunicación sexual con la madre (*Mdn* = 3.66), mientras que

los hombres reportaron la mediana más alta en la comunicación sexual con el padre ($Mdn = 2.83$). La comunicación sexual con el padre fue la que mostró las medianas más bajas. Respecto a la conducta sexual de prevención del embarazo de acuerdo al sexo, se observa que los hombres presentan la mediana más alta ($Mdn = 4.00$) a diferencia de las mujeres ($Mdn = 3.85$).

En la Tabla 22 descrita anteriormente, se correlacionó las variables de edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo con la comunicación sexual y con la conducta sexual de prevención del embarazo. Con ello, se puede dar respuesta a los objetivos uno y dos. Al analizar la comunicación sexual se identificó que la comunicación sexual con la pareja obtuvo las medianas más altas en ambos sexos, sin embargo, no se encontró diferencia significativa. La edad de IVS tiene mayor influencia con la comunicación sexual con el padre ($r_s = .13, p < .001$) y con la madre ($r_s = .22, p < .001$), además se encontró que a mayor edad de IVS, mayor conducta sexual de prevención del embarazo ($r_s = .15, p < .001$). La conducta sexual de prevención del embarazo es influenciada por el conocimiento sobre prevención del embarazo ($r_s = .25, p < .001$). Con la solución estandarizada del modelo alternativo dos (Figura 12) se respondió a la mayoría de los siguientes objetivos.

Para el objetivo tres consistente en determinar la influencia de la comunicación sexual con la satisfacción y frustración de las NPB, se observa que las NPB tienen mayor influencia a través de las metas en la vida. Esto se puede constatar con los valores de las relaciones directas de la comunicación sexual y las NPB que se mostraron en el modelo planteado originalmente (Figura 11). En la Figura 12 se muestra que las relaciones de la comunicación sexual con los amigos ($\beta = .28, p < .001$) y la pareja ($\beta = .14, p < .05$) hacia la satisfacción de las NPB fue positiva y estadísticamente significativa.

El objetivo cuatro propuso identificar la influencia de la comunicación sexual en las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas. En el MACSPEA se observa que existe

una relación negativa estadísticamente significativa de la comunicación sexual con el padre con las metas en la vida intrínsecas ($\beta = -.17, p < .001$), y relación positiva de la comunicación sexual con la madre ($\beta = .16, p < .001$), los amigos ($\beta = .15, p < .001$) y la pareja ($\beta = .15, p < .001$). En cuanto a las metas en la vida extrínsecas se encontraron relaciones negativas de la comunicación sexual con la madre ($\beta = -.09, p < .001$) y con la pareja ($\beta = -.10, p < .001$), y relación positiva con los amigos ($\beta = .20, p < .001$); estas relaciones, fueron más altas que las relaciones con las metas en la vida intrínsecas.

Por otra parte, el objetivo cinco consistente en determinar la influencia de la comunicación sexual en la motivación autodeterminada, se observó que solamente la comunicación sexual con la pareja es positiva y significativa con la motivación autodeterminada ($\beta = .19, p < .05$) y con los amigos fue negativa ($\beta = -.14, p < .05$). Para dar respuesta al objetivo seis de conocer la influencia de las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas sobre la satisfacción y frustración de las NPB, se aprecia que existe relación positiva de las metas en la vida intrínsecas con la satisfacción de las NPB ($\beta = .45, p < .001$), y de igual forma sucede con las metas en la vida extrínsecas y la frustración de las NPB ($\beta = .44, p < .001$).

Para dar respuesta al objetivo siete que consistió en determinar la mediación de la satisfacción y frustración de las NPB entre la comunicación sexual y la motivación autodeterminada, se pudo observar que las NPB tienen un efecto mediador con la comunicación sexual con los amigos y con la pareja. La relación directa de la comunicación sexual con la pareja y la motivación autodeterminada es positiva, y con los amigos resulta negativa, a diferencia de cuando la satisfacción de las NPB media esta relación.

Para responder el objetivo ocho, que consiste en determinar el efecto de la satisfacción y frustración de las NPB sobre la motivación autodeterminada el MACSPEA mostró relaciones significativas. La satisfacción de las NPB se relacionó

positivamente con la motivación autodeterminada ($\beta = .45, p < .001$), mientras que la frustración de las NPB se relacionó de forma negativa ($\beta = -.43, p < .001$).

Además, el objetivo nueve consistió en establecer la relación que existe entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo. Se identificó una relación positiva estadísticamente significativa entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo ($\beta = .64, p < .001$). Finalmente, se realizó un análisis fuera del modelo para responder a los objetivos diez y once, los cuales plantearon comparar por sexo la motivación autodeterminada y establecer la relación que existe entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo según el sexo.

Para la motivación autodeterminada por sexo se realizó una comparación de medianas. El análisis mediante la prueba U de Mann-Whitney mostró que existe diferencia significativa de la motivación autodeterminada por sexo ($U = 40965.00, p = .02$) donde las mujeres muestran una motivación autodeterminada más alta ($Mdn = 10.00$) que los hombres ($Mdn = 8.33$). Respecto a la relación entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo, los hombres mostraron una relación positiva y significativamente mayor ($r_s = .40, p < .001$) que las mujeres ($r_s = .33, p < .001$).

A continuación, se presenta el modelo final MACSPEA en función de los resultados de ecuaciones estructurales y las relaciones fuera del modelo de los factores personales.

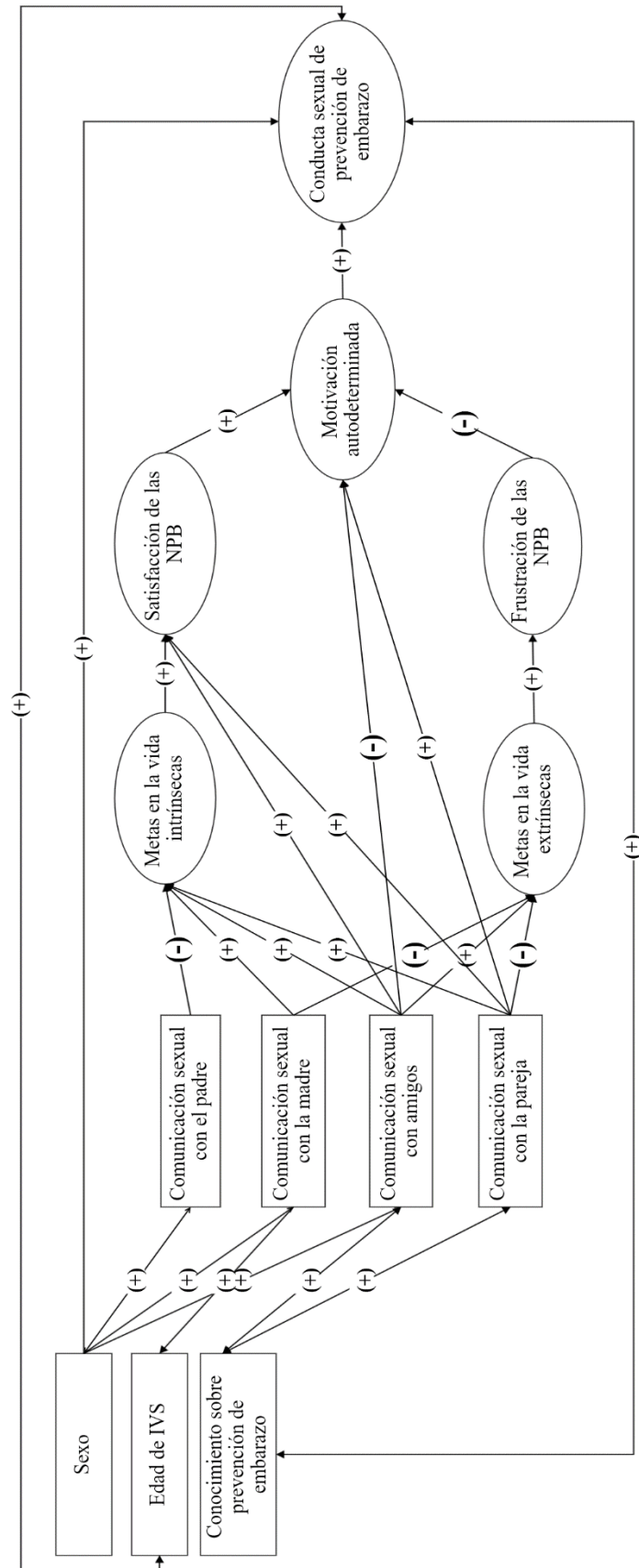


Figura 13. Modelo final del MACSPEA.

Capítulo IV

Discusión

A continuación, se discuten los resultados obtenidos en función de las características de sexualidad de los participantes y de cada uno de los objetivos propuestos; posteriormente, se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los hallazgos. Se utilizó el modelo jerárquico de Vallerand (Vallerand, 1997), en la TAD (Deci & Ryan, 1985) y en la evidencia científica.

Las características de sexualidad de los participantes del estudio, fueron muy similares entre hombres y mujeres. Se encontró que la edad de IVS promedio fue a los 16 años tanto en hombres como en mujeres, aunque los hombres reportan una media de edad de IVS ligeramente menor que las mujeres, hallazgo que coincide con estudios realizados en México (Estrada, Pérez, & Catzin, 2020; Rivera-Rivera et al., 2016; Guerra et al., 2019); sin embargo, otros estudios recientes reportan edades menores a la del presente trabajo (González, Pastén, & Zetina, 2019; Palacios & Álvarez, 2018).

El promedio de los adolescentes refirió dos parejas sexuales y se observa que a mayor número de parejas sexuales menor edad de IVS. Lo cual concuerda con lo reportado por Estrada, Pérez y Catzin (2020), esto probablemente se deba a que inician vida sexual a edad temprana, lo que conlleva a tener más parejas sexuales que los que inician más tarde.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, casi la mitad de los participantes ha utilizado alguna vez en la vida un método anticonceptivo, y un poco más de la mitad ha utilizado más de uno. Los adolescentes de este estudio han utilizado más el condón, tanto alguna vez en la vida como en la última relación sexual, y en los hombres se observa un porcentaje de uso mayor respecto a lo reportado por las mujeres, similar a lo identificado por otros autores en estudios secundarios de encuestas de ENSANUT en México con población adolescente (Villalobos et al., 2020; Gutiérrez et al., 2012).

El mayor uso del condón en los participantes puede atribuirse a estereotipos concernientes con la idea de que el hombre es quien conoce más de las relaciones sexuales y por lo tanto sabe cómo debe protegerse y deja de lado a los otros métodos anticonceptivos (CONAPO, 2016). Además, ser mujer, tener mayor edad, pertenecer a un estrato económico con ingresos mayores y empezar la práctica anticonceptiva a edad temprana, aumenta la probabilidad del uso de métodos anticonceptivos.

El uso de un método anticonceptivo depende de tener o no pareja estable, el tiempo que tengan de relación y la confianza con la pareja sexual, el conocimiento y el costo accesible de los métodos (Chiliquinga et al., 2021). A pesar de estos resultados, las mujeres son las que más han utilizado más de dos métodos, quizás porque usan el preservativo y cuando son parejas estables optan por algún método hormonal como las pastillas anticonceptivas.

Probablemente cuando el método no es usado de forma correcta y consistente, es decir, falla o no lo llevan consigo, optan por la pastilla de emergencia, pues un porcentaje bajo pero considerable la ha empleado como un método anticonceptivo, posiblemente por el desconocimiento del funcionamiento de distintos métodos anticonceptivos (CONAPO, 2016) o porque creen que pueden usarla regularmente como una forma de anticoncepción segura. Esto sugiere un área de oportunidad por parte de los profesionales de enfermería para la educación sexual integral, tomando en cuenta las necesidades e inquietudes de los adolescentes respecto a la sexualidad, lo que podría aumentar la motivación y empoderamiento sexual del adolescente para lograr reducir las conductas de riesgo (González, Arroyo & Ornelas, 2019).

Un hallazgo identificado es que existen adolescentes que ya iniciaron vida sexual y que no han utilizado un método anticonceptivo, esto se considera relevante, aunque el porcentaje es bajo. Esto pudiera atribuirse a una falta de conocimiento e información sobre los métodos anticonceptivos y dónde pueden obtenerlos, también puede ser porque desean tener un embarazo, o pensaron que no se iban a embarazar, no planeaban tener

relaciones sexuales o porque la pareja o el adolescente mismo no tenía la disposición de usar un método anticonceptivo (ENADID, 2017). Otra razón pudiera ser que algunas parejas comienzan el uso de anticonceptivos después de tener el primer hijo o dentro del matrimonio (Brugeilles & Rojas, 2020).

El presente estudio tuvo como objetivo general, determinar la influencia de los factores personales (sexo, edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo), la comunicación sexual (parental, con los amigos y la pareja), metas en la vida intrínsecas y extrínsecas, satisfacción y frustración de las NPB y la motivación autodeterminada, sobre la conducta sexual de prevención del embarazo. Este objetivo se representa por 11 objetivos específicos que se exponen y se discuten a continuación.

Los objetivos uno y dos, se refieren a identificar la relación de los factores personales con la comunicación sexual y con la conducta sexual de prevención del embarazo. En base a los resultados obtenidos, se identificó que existe diferencia en la comunicación sexual de los adolescentes con los padres y con los amigos, pero no con la pareja. Los hombres adolescentes tienen ligeramente mayor comunicación sexual con el padre y las mujeres con la madre, posiblemente debido a cuestiones culturales donde los hombres hablan solo con hombres y mujeres con mujeres.

Este hallazgo concuerda con un estudio realizado en México, que refiere que conversan sobre el IVS y el uso de métodos anticonceptivos (Rouvier, Campero, Walker, & Caballero, 2011); sin embargo, la comunicación sexual con el padre, es lo contrario a lo reportado en otro estudio, donde los hombres no tienen mejor comunicación con el padre (Chiliquinga et al., 2021). Según Castillo, Álvarez, Valle y Hernández (2015) afirman que ambos padres deben tener conocimientos y capacidad de comunicación asertiva para promover la prevención de conductas de riesgo sexual como el embarazo en la adolescencia. No obstante, los padres tienen dificultades para llevar a cabo una plática con sus hijos, debido al desconocimiento o tabúes.

Las mujeres tienen mayor comunicación sexual con los amigos, lo que podría atribuirse a aspectos innatos de la mujer como el tener relaciones más estrechas, llevándolas a pasar mayor tiempo con sus amistades (Martínez, 2013) generando mayor confianza para hablar sobre sexualidad. Las mujeres también se comunican más con la pareja, lo que coincide con lo reportado en otros estudios (Jiménez, 2010; Williams & Russell, 2013), esto se puede deber a las ya conocidas diferencias psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres, así como a la afirmación de que las mujeres hablan más y se comunican mejor que los hombres.

Se identificó que existe diferencia significativa en la conducta sexual de prevención del embarazo respecto al sexo del adolescente. Se observa que los hombres muestran ligeramente mayor conducta sexual de prevención del embarazo que las mujeres, contrario a lo que se cree sobre que las mujeres son las principales responsables al momento de evitar un embarazo (Wheeler et al., 2018). Esto se podría relacionar con el mayor uso del condón como anticonceptivo en los hombres y a que el condón masculino es el de mayor acceso por los adolescentes.

La edad de IVS influye en la comunicación sexual con los padres y la pareja, pero no con los amigos. También, la conducta sexual de prevención del embarazo es influenciada de forma positiva por la edad de IVS, pues a mayor edad de IVS, mayor conducta sexual de prevención del embarazo. Esto coincide con un estudio que señala una relación entre la comunicación con la pareja y el retraso del IVS (Jiménez, 2010), no obstante, la influencia de los amigos se asocia con el IVS temprano en los adolescentes (Holguín et al., 2013; Sánchez et al., 2013). La edad de IVS temprana y las conductas sexuales de riesgo se han vinculado con la comunicación sexual (Moral & Garza, 2017).

De igual manera, la comunicación sexual parental y la conducta de prevención del embarazo mediante el uso de anticonceptivos, se ha asociado positivamente con el retraso de la edad de IVS (Esparza, Dimmitt, Moreno, Tovar, & Flores, 2017; Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016). Esto puede estar relacionado a que el IVS temprano

propicia la falta de uso, uso inconsistente y/o incorrecto del condón y otros métodos anticonceptivos (Sánchez et al., 2013). Los adolescentes reportan IVS a edades tempranas, por lo que conforme va aumentando la edad del adolescente va aumentando el IVS.

El conocimiento sobre prevención del embarazo muestra mayor relación con la comunicación sexual con la madre, ligeramente con el padre y con la pareja y casi nada con los amigos. González y Molina (2017) refieren que los padres no son un factor que esté relacionado por sí solo al conocimiento y uso de anticonceptivos; sin embargo, Chiliquinga et al. (2021) refieren que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos está relacionado no solo con la comunicación con la familia, sino con la escolaridad, la clase social, el sexo y el sistema de salud. Al mismo tiempo sugieren que no se puede asumir que el grado de conocimiento indica el uso de anticonceptivos.

La conducta sexual de prevención del embarazo es influenciada por el conocimiento sobre prevención del embarazo de manera positiva, congruente con estudios que refieren al conocimiento como un determinante para el uso o no uso de los métodos anticonceptivos (Estrada et al., 2017; Lemoine et al., 2017). El rechazo hacia el condón y la baja percepción de riesgo son variables que se asocian con las prácticas sexuales de riesgo y con el uso inconsistente del condón (Velásquez, Rojas, Rojas, Lozano, & Torrico, 2019).

Además, el déficit del conocimiento sobre prevención del embarazo conlleva a conductas sexuales de riesgo como los embarazos no deseados e IVS a edad temprana (Rodríguez, Oliva, & Gil, 2007), esto es congruente con lo reportado en otros estudios donde se ha identificado que la mayoría de los adolescentes con conocimiento de métodos anticonceptivos restringido o limitado, pueden generar ideas equivocadas que dirigen al adolescente al uso deficiente o no uso de los métodos anticonceptivos (Estrada et al., 2017; Lemoine et al., 2017).

En cuanto a la comunicación sexual, las mayores medias reportadas en el presente estudio con ambos padres se reflejaron en la abstinencia sexual y prevención de embarazo, con los amigos fue sobre prevención de embarazo y métodos anticonceptivos y con la pareja la media más alta fue sobre prevención de embarazo y cómo comportarse sexualmente. La comunicación sexual parental que tienen los adolescentes es mayor con la madre que con el padre, lo que podría revelar que la madre busca estar más relacionada con sus hijos para crear confianza para hablar sobre sexualidad (Castillo, Álvarez, Valle, & Hernández, 2015).

Sin embargo, la comunicación sexual con los amigos es mayor que con los padres. Dichos resultados pudieran deberse a que los amigos se vuelven una influencia del adolescente en cuestiones sexuales (Morgan & Zurbriggen, 2012) y fuentes de información sobre sexualidad (Porter et al., 2019), posiblemente porque sienten mayor libertad para expresar sus inquietudes, lo que a veces no sienten con los padres (Martínez, 2013).

La comunicación sexual con la pareja es considerablemente mayor que con los padres y los amigos, esto coincide con un estudio desarrollado por Widman et al. (2014), donde se reporta una mayor comunicación sexual de los adolescentes con la pareja y con los amigos. Posiblemente este hallazgo pudiera atribuirse a que son adolescentes que ya han tenido relaciones sexuales, por lo que es más fácil conversar sobre sexualidad con su pareja, lo que resulta favorable para evitar un embarazo (Pérez, 2014). De lo contrario, la mala comunicación sexual dificulta las relaciones sexuales (Philippe et al., 2017) y por lo tanto entorpece la anticoncepción.

Ahora bien, los padres son los principales educadores del adolescente, y sirven como moderadores entre lo que aprenden sobre sexualidad por parte de los amigos y compañeros, la escuela y los medios de comunicación (Fernández et al., 2017). No obstante, los padres presentan debilidades en cuanto al conocimiento sobre sexualidad, falta de competencias o habilidades para sostener una plática sexual con sus hijos, así

como sus propios valores y creencias o tabúes (Hardy et al., 2015; Moilane, 2015), lo que podría estar relacionado con que los adolescentes de este estudio se comuniquen más con sus pares incluida la pareja sexual. Asimismo, Martínez (2013) señala que los adolescentes consideran a la familia, los amigos y la salud como lo más importante en la vida, lo que podría conducir a la prevención del embarazo si se cuenta con el conocimiento y estrategias adecuadas de comunicación sexual.

El objetivo tres, referente a determinar la influencia de la comunicación sexual con las NPB, muestra que la relación de la satisfacción de las NPB con la comunicación sexual con los amigos y con la pareja es positiva. La comunicación sexual no se relacionó significativamente con la frustración de las NPB.

La satisfacción de las NPB facilita el desarrollo social y bienestar de una persona (Wilson & Barrera, 2013), por lo que podría explicarse la relación positiva con los amigos y la pareja del adolescente, ya que la satisfacción de las NPB permite que la persona se apruebe a sí misma, produzca su comportamiento a partir de sus propias decisiones y elija sus acciones (Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante & Luyckx, 2016; Nishimura & Suzuki, 2016). Tener una relación de pareja es entendida como el propósito de ambas personas hacia la autorrealización y al crecimiento interior (Pacheco, García & Zepeda, 2016), lo cual conduce a la satisfacción de las NPB para la prevención del embarazo, debido a que la persona con quien más comunicación sexual tiene el adolescente, es con la pareja.

El objetivo cuatro consistió en identificar la influencia de la comunicación sexual, sobre las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas. Es significativo conocer los motivos por los cuales el adolescente persigue una meta en la vida y se involucra en la conducta sexual de prevención del embarazo, debido a que es importante el por qué se produce dicho comportamiento y hacia qué se dirige (Sheldon et al., 2004; Stover et al., 2017), lo que podría ayudar a explicar la conducta sexual del adolescente.

En el presente estudio las metas en la vida intrínsecas con mayores medias reportadas fueron la salud y el crecimiento personal, y las metas en la vida extrínsecas fueron la riqueza y la adherencia social. Por un lado, existe una relación negativa entre las metas en la vida intrínsecas y la comunicación sexual con el padre, posiblemente esto se deba a la deficiente comunicación sexual con el padre que refieren los adolescentes de este estudio. Así como a la importancia de contar no solo con la figura paterna, sino del diálogo que se establece con el adolescente sobre sus inquietudes, ya que empiezan a tomar decisiones importantes respecto a sus experiencias y práctica sexual (Vargas, Henao & González, 2007).

Por otro lado, se encontró relación positiva entre las metas en la vida intrínsecas y la comunicación sexual con los amigos, la pareja y la madre, en este orden de mayor a menor. Mientras que las metas en la vida extrínsecas se relacionaron ligeramente y de forma negativa con la comunicación sexual con la madre y con la pareja.

En primer lugar, la comunicación sexual con los amigos resultó positiva tanto con las metas en la vida intrínsecas como con las extrínsecas. Esto concuerda con estudios que refieren a los amigos como una influencia positiva y negativa para la conducta sexual del adolescente (Holguín et al., 2013; Sánchez et al., 2013; Widman et al., 2016). Lo cual podría explicarse con las relaciones encontradas, al ser la salud y la adherencia social una de las aspiraciones con mayores medias, representadas por la práctica sexual y la comunicación sexual con los amigos, respectivamente, ya que se sabe que los adolescentes recurren a los amigos para resolver dudas sobre sexualidad (Porter et al., 2019). Además, la comunicación entre los amigos, está asociada con una mayor comunicación con las parejas (Widman et al., 2014).

En segundo lugar, la comunicación sexual con la pareja fue positiva con las metas en la vida intrínsecas y negativa con las metas en la vida extrínsecas. Probablemente su explicación se deba a que la relación de pareja puede llegar a ser el

mayor vínculo de intimidad que tenga el adolescente, y permite comprender su sexualidad mediante la interacción personal o comunicación.

Cuando la pareja tiene comunicación, la relación se vuelve una fuente del crecimiento personal para cada integrante de la diada (Haithem, Quintana, & Rodríguez, 2018) y es valorado intrínsecamente por el adolescente llevándolo a tener mejores resultados de bienestar (Ryan & Deci, 2017) volviéndose motivos internos del adolescente que lo conducen a una conducta de prevención del embarazo porque tiene objetivos de vida intrínsecos. Además, tener metas en la vida, permite al adolescente la negociación con la pareja sexual para el uso de un método anticonceptivo (ENAPEA, 2015).

Y, en tercer lugar, la relación de la comunicación sexual con la madre y las metas en la vida intrínsecas fue positiva, y negativa con las metas en la vida extrínsecas. Posiblemente se deba a que la madre es quien tiene mayor responsabilidad para hablar sobre sexualidad con los hijos (Schonfeld, McRee, & Eisenberg, 2013). También a que los adolescentes consideran hablar más sobre sexualidad con los amigos o la pareja, que, con los padres, aunque sientan que es más fácil hablar sobre sexualidad con la madre (Rodríguez, Barreto, & Huertas, 2016), y a que en este estudio la comunicación sexual con la madre muestra mayor influencia en el adolescente.

Las metas en la vida permiten dar una dirección y orden a su existencia. Estas, se crean durante la adolescencia, etapa difícil del ser humano, y si no existe una buena comunicación con los padres puede truncar el proyecto de vida (Soto, Contreras, & Becerra, 2017) y generar un embarazo (Álvarez et al., 2012; Atienzo et al., 2014).

El objetivo cinco consistió en determinar la influencia de la comunicación sexual en la motivación autodeterminada. Dentro del MACSPEA la comunicación sexual con la pareja fue la única relación positiva y significativa con la motivación autodeterminada, y con la comunicación sexual con los amigos fue negativa. Esto puede ser referente a que la motivación autodeterminada es la capacidad de la persona para tomar decisiones

congruentes, obteniendo como resultado un comportamiento de forma espontánea porque se valora a sí mismo y tiene confianza en lograr la conducta elegida (Deci & Ryan, 2012), que en este caso es la prevención del embarazo, la cual es necesaria llevarla en conjunto con la pareja sexual a través del acuerdo mutuo para el uso de anticonceptivos o de la abstinencia sexual.

De esta manera, la comunicación sexual con la pareja puede permitir que las relaciones sexuales sean de forma autodeterminada y compartir íntimamente con la pareja, sin que el adolescente se sienta presionado para hacerlo (Brunell & Webster, 2013). Por el contrario, la relación negativa de la motivación autodeterminada con la comunicación sexual con los amigos, indica que a mayor comunicación sexual con los amigos menor motivación autodeterminada del adolescente para la prevención de embarazo.

Posiblemente se pueda explicar a que la influencia de los amigos o compañeros en la sexualidad del adolescente, equivale a una forma no autodeterminada ya que la conducta del adolescente es tomada porque desea reconocimiento social. Lo anterior concuerda con estudios en adolescentes que refieren tener relaciones sexuales para ser reconocidos por sus amigos y toman en cuenta sus consejos y recomendaciones para su práctica sexual, lo que puede originar conductas sexuales de riesgo (Lapeira & Guerra, 2018; Porter et al., 2019; Widman et al., 2016) y menor motivación autodeterminada al sentir la presión o influencia de sus pares.

En lo que concierne al objetivo seis sobre conocer la influencia de las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas sobre la satisfacción y frustración de las NPB, es preciso señalar que la satisfacción de las NBP de los adolescentes fue la que obtuvo las medias altas, donde la necesidad de competencia fue mayor, seguida por la de relaciones y al último la de autonomía; y el mismo orden sucedió en la frustración de las NPB. Lo cual tiene sentido, puesto que la competencia es el sentimiento de efectividad que se produce cuando el adolescente es hábil al realizar acciones y obtiene resultados favorables, como

en este caso el uso de un anticonceptivo en cada relación sexual, postergando el embarazo. La necesidad de relaciones se refiere a los vínculos sociales saludables, como lo es la relación de pareja, la amistad y la comunicación con los padres. Y la autonomía es la libertad del adolescente para elegir y decidir sobre sus propias acciones de prevención de embarazo (Ryan & Deci, 2000).

Los hallazgos identificados en el modelo propuesto coinciden con las relaciones señaladas en el modelo de Vallerand y en la TAD. Las metas en la vida intrínsecas se relacionan directamente de forma positiva con la satisfacción de las NPB, lo que contribuye al bienestar psicológico del adolescente, es decir a la conducta sexual de prevención del embarazo; las metas en la vida extrínsecas se relacionan positivamente con la frustración de las NPB, y resulta perjudicial para la conducta sexual de prevención del embarazo (Ryan & Deci, 2017). Tal y como se desprende de los resultados del MACSPEA, las metas en la vida son como un mediador de las NPB dentro del modelo jerárquico propuesto por Vallerand (Ryan & Deci, 2017; Vallerand, 2007).

El análisis del objetivo siete consistente en determinar la mediación de la satisfacción y frustración de las NPB entre la comunicación sexual y la motivación autodeterminada, permitió identificar que solo la comunicación sexual con la pareja actúa positivamente con la motivación autodeterminada a través del papel mediador de las NPB, y la comunicación sexual con los amigos de forma negativa. Esto es similar a lo encontrado en un estudio realizado en otro contexto (Castillo, López, Tomas, & Balaguer, 2017), en el cual la comunicación sexual con la pareja relacionada directamente con la motivación autodeterminada es más baja que al relacionarla mediante las NPB.

Dichos resultados, son consistentes con el modelo jerárquico de Vallerand. En el cual se postula la mediación a través de las NPB entre la influencia de los factores

sociales, que en este estudio son representados por la comunicación sexual, y la motivación autodeterminada que se produce (Vallerand, 2007).

Determinar el efecto de la satisfacción y frustración de las NPB sobre la motivación autodeterminada, fue el objetivo ocho. Se encontró que la motivación autodeterminada está relacionada de forma positiva con la satisfacción de las NPB y negativamente con la frustración de las NPB. Esto coincide con estudios realizados en adolescentes en el contexto de la educación física (Fierro, Almagro, & Saénz, 2019; Leyton, García, Fuentes, & Jiménez, 2018; Navarro, Cons, & Eirín, 2018), donde la satisfacción de las NPB se relaciona con la motivación más autodeterminada y la frustración de las NPB con la menos autodeterminada, al igual que el presente estudio encontraron que las NPB particularmente la necesidad de competencia se relacionan con el resto de las variables (Fierro et al., 2019).

Lo anterior, posiblemente se deba a lo sustentado por la TAD, referente a que la satisfacción de las NPB facilita la internalización de comportamientos no autodeterminados, es decir, tener satisfechas las NPB de prevención de embarazo conllevan a la motivación autodeterminada logrando la conducta sexual de prevención del embarazo. Sin embargo, esta internalización será menos probable si las NPB se ven frustradas (Ryan & Deci, 2000).

En el objetivo nueve se comparó la motivación autodeterminada según el sexo del adolescente, resultando una diferencia significativa entre hombres y las mujeres, quienes demostraron medias más altas. Esto coincide con estudios realizados en contextos de educación física donde la mujer adolescente tiene motivaciones más autodeterminadas hacia la apariencia física y motivos de salud (Leyton et al., 2018). Lo que posiblemente podría explicarse debido a que la mujer es la que está físicamente involucrada o afectada durante y después de un embarazo, por lo que tal vez sea una razón para tener mayor motivación autodeterminada al momento de la prevención del embarazo.

Sin embargo, existen estudios donde los hombres muestran mayor motivación autodeterminada (Guijarro-Romero, Mayorga-Vega, & Vician, 2019; Mayorga, Parra, & Vician, 2019). Posiblemente este hallazgo este asociado a que los estudios son enfocados al ejercicio y condición física relacionados con factores ambientales que demandan a las mujeres a ser menos activas que los hombres (Mayorga, Parra, & Vician, 2019).

En los objetivos 10 y 11 sobre establecer la relación que existe entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo de acuerdo al sexo del adolescente, se encontró que existe relación positiva entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo. Este hallazgo puede ser relacionado a que la motivación autodeterminada está asociada con la salud sexual y con el bienestar (Gravel, Pelletier, & Reissing, 2016).

Además, concuerda con otros estudios realizados en adolescentes donde la motivación autodeterminada para tener relaciones sexuales se asocia con la actividad sexual donde el adolescente comparte una experiencia íntima con la pareja sin sentirse presionado (Brunell & Webster, 2013). Lo que puede llevar al adolescente a tener conductas sexuales protegidas y planificadas (Gravel, Pelletier, & Reissing, 2016; Riley & McDermott, 2018; Soenens, Deci, & Vansteenkiste, 2017).

En los resultados encontrados sobre la motivación autodeterminada y su relación con la conducta sexual de prevención del embarazo respecto al sexo, se observa que los hombres mostraron una relación positiva y significativamente mayor que las mujeres. Este hallazgo probablemente se pueda explicar al uso del condón masculino, ya que en este estudio es el anticonceptivo que mayor uso reportan los adolescentes, probablemente porque los hombres tienen mayores conductas sexuales de riesgo y recurren al condón como la mayor protección. El mejor método anticonceptivo es el que la pareja elija; debido a su facilidad para obtener y efectividad, el condón es un método anticonceptivo muy recomendable para los adolescentes (OPS, 2009), siempre y cuando

se utilice correctamente, y mejor aún, la anticoncepción dual brinda una elevada seguridad para evitar embarazos no deseados (Peláez, 2016).

Limitaciones del Estudio

Las limitaciones principales ocurrieron durante el proceso de recopilación de estudios relacionados, debido al restringido número de investigaciones relacionadas a las metas en la vida, las NPB y la motivación autodeterminada con el contexto de la conducta sexual en adolescentes, por lo cual se emplearon estudios realizados en otros contextos que brindaran información relevante para el presente estudio, así como a la adaptación de instrumentos de medición. Sin embargo, dicha limitación también es considerada una fortaleza e innovación del presente estudio, además de ser un aporte a la TAD en relación con la conducta sexual de prevención del embarazo adolescente.

Otra limitación a considerar es la pandemia por Covid-19, situación que en el presente estudio cambió la recolección de lápiz y papel a una recolección a través de una plataforma en línea. Esto dificulta la autorización del consentimiento de los padres en adolescentes menores de edad. Por lo que, de haber considerado adolescentes escolarizados de 14 a 19 años, pasó a incluir mexicanos de 18 y 19 años de edad, escolarizados o no, de ambos sexos, dejando de lado grupos de edad más pequeños.

Solo se incluyeron en el estudio adolescentes con orientación sexual heterosexual, bisexual o indecisos, descartando la homosexualidad como rechazo al embarazo o forma de prevención del embarazo.

Finalmente, otra limitación se atribuye al diseño del estudio y a la selección no aleatoria de los participantes, lo cual no permite generalizar los resultados.

Conclusiones

La prevención del embarazo adolescente se ha analizado en múltiples estudios, sin embargo, muy pocos han puesto su foco de atención en factores psicológicos y ninguno en la TAD relacionada con este fenómeno. En ese sentido, la presente investigación contribuye tanto a la prevención de embarazo como a la TAD a través del

desarrollo de evidencia empírica que analiza el bienestar representado por la conducta sexual de prevención del embarazo vinculada al contexto de la comunicación sexual con personas significativas del adolescente, a las metas en la vida, las NPB y la motivación autodeterminada.

Por lo que en función de los objetivos planteados y de los resultados reportados en el presente trabajo se puede concluir que la comunicación sexual parental que tienen los adolescentes es mayor con la madre que con el padre y la comunicación sexual con la pareja es mayor que con los padres y los amigos. En este mismo contexto, los hombres tienen mayor comunicación sexual con el padre y las mujeres con la madre, con los amigos y con la pareja. Por otra parte, se encontró que la edad de IVS influye en la comunicación sexual con los padres y la pareja. Así también que a mayor edad de IVS, mayor conducta sexual de prevención del embarazo.

En cuanto al conocimiento sobre prevención del embarazo se concluye que existe mayor relación con la comunicación sexual con la madre. Mientras que, la conducta sexual de prevención del embarazo es influenciada por el conocimiento sobre prevención del embarazo de manera positiva. También se puede concluir que la conducta sexual de prevención de embarazo es mayor en los hombres; sin embargo, las mujeres demostraron mayor motivación autodeterminada. A mayor edad de IVS mayor conducta sexual de prevención del embarazo, esta es influenciada positivamente por el conocimiento sobre prevención del embarazo.

El MACSPEA permitió concluir que las NPB tienen mayor influencia a través de las metas en la vida. A mayor comunicación sexual con los amigos y con la pareja, mayor satisfacción de las NPB. A mayor comunicación sexual con el padre menores metas en la vida intrínsecas; la comunicación sexual con la madre, aumenta las metas en la vida intrínsecas y disminuye las extrínsecas, mientras que la comunicación sexual con los amigos aumenta las metas en la vida tanto intrínsecas como las extrínsecas. A mayor comunicación sexual con la pareja, el adolescente tendrá mayores metas en la vida

intrínsecas y menores metas en la vida extrínsecas, por lo tanto, tendrá mayor satisfacción de las NPB.

A mayor comunicación sexual con la pareja, mayor motivación autodeterminada y a mayor comunicación sexual con los amigos, menor motivación autodeterminada. A mayores metas en la vida intrínsecas mayor satisfacción de las NPB, y a mayores metas en la vida extrínsecas mayor frustración de las NPB. Se concluye que las NPB tienen un efecto mediador entre la comunicación sexual con los amigos y con la pareja y la motivación autodeterminada. La motivación autodeterminada es mayor cuando se tiene mayor satisfacción de las NPB y menor frustración de las NPB. Todo lo anterior conlleva a una mayor motivación autodeterminada que conduce a mayor conducta sexual de prevención del embarazo en el adolescente, consistente con las proposiciones del modelo de Vallerand y la TAD. Las mujeres muestran mayor motivación autodeterminada que los hombres, sin embargo, los hombres mostraron mayor relación entre la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo.

Adicionalmente, se concluye que las aspiraciones intrínsecas para la prevención del embarazo, donde la salud y el crecimiento personal son más importantes para el adolescente, permiten sentir sus NPB satisfechas, sobre todo la necesidad de competencia para la prevención del embarazo, a partir de la buena comunicación sexual con los amigos, la pareja y la madre. Además, cuando la comunicación sexual con los amigos, la pareja y la madre es menor o de mala calidad, las metas en la vida extrínsecas como el dinero o la riqueza y la adherencia social del adolescente para evitar un embarazo, serán mediadoras para que las NPB del adolescente se vean frustradas, mayormente la necesidad de competencia para la prevención del embarazo.

Estos resultados permitieron conocer la interacción de las variables relacionadas a la motivación autodeterminada que pueden favorecer o perjudicar la prevención de embarazo en el adolescente. Además, este estudio contribuyó a la creación de indicadores empíricos que ayudan a medir el conocimiento sobre prevención del

embarazo, la comunicación sexual del adolescente con las personas significativas, las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas, las NPB, la motivación autodeterminada y la conducta sexual de prevención del embarazo.

Las variables del MACSPEA, contribuyen a aumentar el conocimiento sobre la prevención del embarazo adolescente y al vacío del conocimiento en el uso de la TAD en las ciencias de la salud específicamente en la promoción de la sexualidad y prevención del embarazo a edad temprana. Enfermería tiene como fundamento una teoría que guíe su práctica; por lo que la TAD a través del MACSPEA es pertinente para la disciplina de enfermería porque ayuda a explicar y predecir la conducta sexual del adolescente ante el fenómeno del embarazo adolescente, con lo que aumenta el marco de referencia teórico de la disciplina. Lo anterior, debido a que el profesional de enfermería tiene la encomienda social de investigar y contribuir en problemas de salud en la población.

Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos, se recomienda que estudios futuros sean realizados en población adolescente en edades más tempranas, para observar y comprobar si en este fenómeno la motivación autodeterminada aumenta con la edad, también para comparar diferencias entre los grupos de edad respecto a la edad de IVS, número de parejas sexuales y la conducta sexual de prevención del embarazo.

Se requiere reforzar la educación sexual tanto en los adolescentes como en los padres, sobre el uso de los métodos anticonceptivos desde etapas tempranas, así como el uso de métodos duales. Además de indagar sobre la interacción de las variables con aquellos adolescentes que no cuentan con alguna figura materna o paterna.

Se sugiere explorar la relación de las metas en la vida intrínsecas y extrínsecas con la motivación autodeterminada y su relación directa con la conducta sexual de prevención del embarazo, así como la relación directa con las NPB.

Así mismo, podría resultar interesante aplicar el MACSPEA a una muestra mayor, realizar comparaciones de las metas en la vida y las NPB por sexo, edad y ocupación, y hacer comparaciones por zonas rural y urbana, y estratos sociales.

Se recomienda seguir investigando a profundidad las variables de metas en la vida intrínsecas y extrínsecas, satisfacción de las NPB y la motivación autodeterminada para la prevención de embarazo adolescente, mediante los instrumentos de medición adaptados para generar una mayor validez y confiabilidad de estos; además de validar las escalas adaptadas en el presente trabajo en otras culturas e idiomas. De esta manera facilita a enfermería, realizar una valoración exhaustiva y consistente con este tipo de población vulnerable, lo cual permitirá la entrega de un cuidado de enfermería que contribuya a la prevención del embarazo.

Para futuros estudios de intervención se sugiere utilizar variables orientadas a la mejora de la calidad de la comunicación sexual parental, al conocimiento sobre prevención del embarazo e información sobre sexualidad. Enfermería puede proporcionar la información adecuada sobre los métodos anticonceptivos tanto al adolescente como a los padres, con el fin de mejorar la comunicación sexual entre padres e hijos y con la pareja del adolescente, para así conducirlo a tener mayor motivación autodeterminada para el uso de los métodos anticonceptivos y acciones para postergar un embarazo mediante las metas en la vida intrínsecas y la satisfacción de sus NPB.

Otra sugerencia que resulta interesante es analizar el nivel global del modelo jerárquico de Vallerand donde las variables de interés como factores sociales para explorar, podrían ser representadas por el erotismo, orientación sexual e identidad de género del adolescente como aspectos básicos de la sexualidad humana.

Referencias

- Alhassan, N., & Dodoo, F. N.-A. (2020). Predictors of primary and secondary sexual abstinence among never-married youth in urban poor Accra, Ghana. *Reproductive Health*, 17(1). doi:10.1186/s12978-020-0885-4
- Álvarez, N. C., Pastor, M. G., Linares, A. M., Serrano, M. J., & Rodríguez, O. L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 497-503.
- Atienzo, E. E., Campero, L., Lozada, A. L., & Herrera, C. (2014). Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud pública de México*, 56, 286-294.
- Benavides, R. A., Castillo, L., del C., López, F., & Onofre, D. J. (2013). *Promoción de la salud sexual en jóvenes*. (S. V. Fuentes, Ed.). Manual moderno. 978-607-448-347-5
- Binstock, G., & Gogna, M. (2015). La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 20, 113-140. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.09.a>
- Bentler, P. M., & Chou, C. (1987). Practical issues in structural equation modeling. *Sociological Methods and Research*, 16, 78-117.
- Borrero, S., Farkas, A., Dehlendorf, C., & Rocca, C. H. (2013). Racial and ethnic differences in men's knowledge and attitudes about contraception. *Contraception*, 88(4), 532-538.
- Brugilles, C., & Rojas, O. L. (2020). Análisis del comportamiento diferencial de la 171 práctica anticonceptiva por sexo, origen social y educación en la población urbana de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 35(2), 293. <https://bit.ly/3be2kzm>

- Brunell, A. B. & Webster, G. D. (2013). Self-Determination and Sexual Experience in Dating Relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(7), 970-987. doi:10.1177/0146167213485442
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *Investigación en Enfermería. (5ª ed.)* Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- Byers, E. S., O'Sullivan, L. F., & Brotto, L. A. (2016). Time Out from Sex or Romance: Sexually Experienced Adolescents' Decisions to Purposefully Avoid Sexual Activity or Romantic Relationships. *Journal of youth and adolescence*, 45(5), 831-845. doi:10.1007/s10964-016-0447-9
- Calva-Vite, F. A., Zamarripa, J., De La Cruz, M., Badilla-Zavala, S., Medina-Villanueva, S., & Marentes-Castillo, M. (2017). Satisfacción y frustración de necesidades psicológicas básicas, índice de autodeterminación y afectos del alumno. *Revista de Ciencias del Ejercicio FOD*, 11(2), 116-129.
- Cancino, A. M. & Valencia, M. H. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76-82. doi:10.1016/j.rprh.2015.05.004
- Cardona, D. D., Ariza, G. A., Gaona, R. C., & Medina, P. O. (2015). Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(6), 568-576.
- Castillo-Arcos, L. D. C., Álvarez-Aguirre, A., Valle-Solís, M. O., & Hernández-Rodríguez, V. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *CONACYT*.
- Castillo, J. N., López-Walle, J. M., Tomás, M. I., & Balaguer, S. I. (2017). Relación del clima empowering con la motivación autodeterminada a través de la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas. *Revista de psicología del deporte*, 26(3), 0033-39.

Centers for Disease Control and Prevention CDC. (2015). *Pocos adolescentes usan los tipos de anticonceptivos más eficaces. Mejorar el acceso y la educación reducirá más los embarazos en adolescentes.*

https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_vs_larc_040715.html

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR]. (2016).

Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.

Recuperado de:

http://www.cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/ModeloAISSRA/web_ModAtnIntSSRA.pdf

Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Duriez, B. Lens, W., Matos, L., Mouratidis, A., Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Soenens, B., Van Petegem, S., Van der KaapDeeder, J., & Verstuyf, J (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion*, 39, 216-236.

Chiliquinga Amaya, J. A., Salazar Montero, P. B., Riofrio García, S. Y., & Loaiza Maldonado, D. J. (2021). Use of contraceptive methods in young people in Latin América, a contribution from Ecuador. *Revista San Gregorio*, 1(45), 158-173.

Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.* Recuperado de:

<https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>

Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2016). *La situación de la salud sexual y reproductiva.* Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf

- Contreras-González, R., Magaly-Santana, A., Jiménez-Torres, E., Gallegos-Torres, R., Xequé-Morales, Á., Palomé-Vega, G., & Perea-Ortíz, G. (2017). Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 104–110. doi:10.1016/j.reu.2017.01.002
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cole, D. A., & Maxwell, S. E. (1985). Multitrait-multimethod comparisons across populations: A confirmatory factor analytic approach. *Multivariate Behavioural Research*, 20(4), 389-417.
- Compte, E. J. (2012). Imagen corporal y conductas sexuales de riesgo en adolescentes: Un estudio teórico. *Revista de Psicología GEPU*, 3(2), 235 - 254.
- Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M., & Luyckx, K. (2016). The Portuguese Validation of the Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale: Concurrent and longitudinal relations to well-being and ill-being. *Psychologica Belgica*, 56(3), 193. <http://dx.doi.org/10.5334/pb.252>
- Crockett, L. & Beal, S. (2012). The Life Course in the Making: Gender and the Development of Adolescents' Expected Timing of Adult Role Transitions. *Developmental Psychol*, 48(6), 1727.
- De la Cruz, O. M (2018). *El padre de familia en el béisbol infantil. Enfoque desde la teoría de la autodeterminación* (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperada de <http://eprints.uanl.mx/14635/1/Tesis%20Manuel%20De%20La%20Cruz%20Final.pdf>
- Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. & Ryan, R. (2002). *Handbook of self-determination research*. New York: The University Rochester Press.

- Deci, E. & Ryan, R. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Deci, E. & Ryan, R. (2012). Motivation, Personality, and Development within Embedded Social Contexts: An Overview of Self-Determination Theory. *The Oxford handbook of human motivation*, 85-107.
<http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399820.013.0006>
- Del Valle, M., Matos, L., Díaz, A., Pérez, M. V., & Vergara, J. (2018). Propiedades psicométricas escala satisfacción y frustración necesidades psicológicas (ESFNPB) en universitarios chilenos. *Propósitos y representaciones*, 6(1), 301-350.
- Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., de la Vara-Salazar, E., & González-Chávez, G. (2017). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Publica de México*, 59(5), 556-565. <https://doi.org/10.21149/7959>
- Estrada Carmona, S., Pérez Aranda, G., & Catzin López, E. (2020). Estudio Descriptivo Correlacional de las edades de inicio de Comportamientos Sexo/Eróticos en una muestra de la ciudad de Campeche, México. *Revista Liminales. Escritos Sobre Psicología y Sociedad*, 9(17), 11-24. Recuperado a partir de <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/liminales/article/view/385>
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [ENAPEA] 2013-2018. (2015). Recuperado de:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
- Esparza, D. S., Dimmitt, Ch. J., Moreno, M. M., Tovar, M., & Flores, A. M. (2017). Mexican Adolescents' Self-Reports of Parental Monitoring and Sexual Communication for Prevention of Sexual Risk Behavior. *Journal of Pediatric Nursing*, 35, 83-89.

- Fava, N. M. & Bay-Cheng, L. Y. (2012). Young women's adolescent experiences of oral sex: Relation of age of initiation to sexual motivation, sexual coercion, and psychological functioning. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1191-1201.
- Fernández, A. M., McFarlane, M. N., González, R., Díaz, L., Betancourt-Díaz, E., Cintrón-Bou, F., Varas-Díaz, N., & Villarruel, A. (2017). Actitudes hacia la comunicación sexual entre padres/madres y adolescentes en puerto rico. *Revista Puertorriqueña de psicología*, 28(1), 80-95.
- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado de: <http://www.redalyc.org>
- Fierro, S. S., Almagro, B. J., & Sáenz-López B. P. (2019). Necesidades psicológicas, motivación e inteligencia emocional en Educación Física. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2).
<https://doi.org/10.6018/reifop.22.2.345241>
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D., & Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y parejas y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 12, 227-232.
- Gavin, L., Moskosky, S., Carter, M., Curtis, K., Glass, E., Godfrey, E., ... & Zapata, L. (2014). Providing quality family planning services: recommendations of CDC and the US Office of Population Affairs. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 63(4), 1-54.
- González-Cutre, D., Sicilia, A., y Fernández, A. (2010). Hacia una mayor comprensión de la motivación en el ejercicio físico: Medición de la regulación integrada en el contexto español. *Psicothema*, 22, 841-847.
- González, A. G. L., Arroyo, N. A. B., & Ornelas, M. V. (2019), Conducta anticonceptiva en adolescentes. *Jóvenes en la ciencia*, 5(1).

- González A., E., & Molina G., T. (2017). Religiosidad juvenil y su asociación a comportamientos sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 82(4), 396–407. <https://bit.ly/3qhHlzY>
- González-Habib, R., Pastén-Zapata, A. E., & Zetina-Alvarado, S. (2019). Evaluación de las conductas sexuales de riesgo y hábitos anticonceptivos en una muestra de población mexicana. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 87(3).
- Grady, W. R., Klepinger, D. H., Billy, J. O., & Cubbins, L. A. (2010). The role of relationship power in couple decisions about contraception in the US. *Journal of biosocial science*, 42(3), 307-323
- Gravel, E. E., Pelletier, L. G., & Reissing, E. D. (2016). “Doing it” for the right reasons: Validation of a measurement of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for sexual relationships. *Personality and Individual Differences*, 92, 164-173. doi:10.1016/j.paid.2015.12.015
- Guijarro-Romero, S., Mayorga-Vega, D., & Viciania, J. (2019). Influencia del género sobre la habilidad táctica y aspectos motivacionales en deportes de invasión en Educación Física. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 14(41), 93–105. doi:10.12800/ccd.v14i41.1269
- Guerra, R. M. G., Gil, V. H. M., Olivares, O. A. O., Cepeda, R. A. A., Hernández, D. J., & Martínez, G. A. S. (2019). Tipo de vida sexual, autoeficacia y actitud sobre las conductas sexuales de riesgo. *Journal health npeps*, 4(2), 104-117.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., & Cuevas-Nasu, L. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/informes.php>

- Hair J.F., Black W.C., Babin B.J., & Anderson R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis* Seventh Edition Prentice Hall. New Jersey: Prentice Hall.
- Haithem, T. H., Quintana, U. M., & Rodríguez, M. L. (2018). Promoción de salud y prevención de enfermedades de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Edumecentro*, 10(3), 158-173.
- Hardy, S. A., Dollahite, D. C., Johnson, N., & Christensen, J. B. (2015). Adolescent motivations to engage in pro-social behaviors and abstain from health-risk behaviors: a self-determination theory approach. *Journal of Personality*, 83(5), 479-490. doi:10.1111/jopy.12123
- Holguín, Y. P., Mendoza, L.A., Esquivel, C. M., Sánchez, R., Daraviña A. D., & Acuña M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(3), 209-19.
- Hu, L.T., & Bentler, P. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling. Concepts, Issues, and Applications* (pp.76-99). London: Sage.
- Hutchinson, M.K. & Cooney, T.M. (1998). Patterns of Parent-Teen Sexual Risk Communication: Implications for Intervention. *Family Relations*, 47(2), 185-194.
- Ibarra, M.L. (2003). Adolescencia y maternidad: impacto psicológico en la mujer. *Revista Cuba. Psicología*, 20(1), 43.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2015). *Embarazo en adolescentes: Generalidades y percepciones observatorio*. Obs del Bienestar la Niñez. Recuperado de: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/embarazo-adolescente-web2015.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018a). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID 2018*. Base de datos. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018b). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018*. Principales resultados. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018c). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo ENOE IV trimestre 2018*. Base de datos. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/default.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2018d). *Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por Entidad federativa de residencia habitual de la madre y Periodo*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/default?px=Natalidad_02&bd=Natalidad
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017). *La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México*. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 ENADID. Versión actualizada 2017. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094393.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Tabulados básicos y base de datos.
- Jiménez-García, M. I. M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 107-129.
- JASP Team (2020). JASP (Version 0.14.1) [Computer software]. Recuperado de: <https://jasp-stats.org/>
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). LISREL 8.80 for Windows [Computer software]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.

- Juárez, F., Singh, S., Maddow-Zimet, I., & Wulf, D. (2013). *Unintended pregnancy and induced abortion in Mexico: causes and consequences*. New York.
- Kasser, T. & Ryan, R. (1996). Further Examining the American Dream: Differential Correlates of Intrinsic and Extrinsic Goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287. <https://doi.org/10.1177/0146167296223006>
- Kindelberger, C. & Tsao, R. (2014). Staying Alone or Getting Attached: Development of the Motivations Toward Romantic Relationships During Adolescence. *The Journal of Genetic Psychology*, 175(2), 14-162.
doi:10.1080/00221325.2013.834291
- Klein, V., Becker, I., & Štulhofer, A. (2018). Parenting, Communication about Sexuality, and the Development of Adolescent Womens' Sexual Agency: A Longitudinal Assessment. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(7), 1486-1498.
doi:10.1007/s10964-018-0873-y
- Lapeira-Panneflex, P. & Guerra-Sánchez, C. A. (2018). Creencias y valores sobre la sexualidad en adolescentes universitarios desde el contexto cultural. *Duazary*, 15(3): 51-59. <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2499>
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M., Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43.
- Lemoine, J., Teal, S. B., Peters, M., & Guiahi, M. (2017). Motivating factors for dual-method contraceptive use among adolescents and young women: a qualitative investigation. *Contraception*, 96(5), 352-356. Doi: 10.1016/j.contraception.2017.06.011
- Lewin, A., Mitchell, S. J., Hodgkinson, S., Gilmore, J., & Beers, L. S. (2014). Pregnancy Intentions among Expectant Adolescent Couples. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(3), 172-176. doi:10.1016/j.jpag.2013.09.012

- Leyton, R. M., García, M. J., Fuentes, G. J. P., & Jiménez, C. R. (2018). Análisis de variables motivacionales y de estilos de vida saludables en practicantes de ejercicio físico en centros deportivos en función del género. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (34), 166-171.
- Lirola, M., Sicilia, A., Granero, G. A., Burgueño, R., & Alcaraz, I. M. (2018). Estudio preliminar de la versión española del índice de aspiraciones en la vida. *Psicología, salud y educación*, 84, 11-20.
- Marcell, A. V., Gibbs, S. E., Choiiriyah, I., Sonenstein, F. L., Astone, N. M., Pleck, J. H., & Dariotis, J. K. (2016). National needs of family planning among US men aged 15 to 44 years. *American journal of public health*, 106(4), 733-739.
- Martela, F., Bradshaw, E. L., & Ryan, R. M. (2019). Expanding the map of intrinsic and extrinsic aspirations using network analysis and multidimensional scaling: Examining four new aspirations. *Frontiers in psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.02174
- Martínez, B. (2013). El mundo social del adolescente: amistades y pareja. *Los problemas en la adolescencia: respuestas y sugerencias para padres y educadores*, 71-96.
- Márquez Vega, M. A. (2012). Intervención sobre comunicación sexual para padres en comunidades urbano-marginadas (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Mastro, S., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2015). Let's talk openly about sex: Sexual communication, self-esteem and efficacy as correlates of sexual well-being. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(5), 579-598. doi:10.1080/17405629.2015.1054373
- Mayorga-Vega, D., Parra Saldías, M., & Vicianá, J. (2019). Condición física, actividad física, conducta sedentaria y predictores psicológicos en adolescentes chilenos: Diferencias por género. *Cultura Ciencia Deporte*, 14(42), 233-241.

- Mbachu, C. O., Agu, I. C., Eze, I., Agu, C., Ezenwaka, U., Ezumah, N., & Onwujekwe, O. (2020). Exploring issues in caregivers and parent communication of sexual and reproductive health matters with adolescents in Ebonyi state, Nigeria. *BMC Public Health*, 20(1). doi:10.1186/s12889-019-8058-5
- Mbadu Muanda, F., Gahungu, N. P., Wood, F., & Bertrand, J. T. (2018). Attitudes toward sexual and reproductive health among adolescents and young people in urban and rural DR Congo. *Reproductive Health*, 15(1), 74. doi:10.1186/s12978-018-0517-4
- McLaurin-Jones, T. L., Lashley, M.-B., & Marshall, V. J. (2017). Using Qualitative Methods to Understand Perceptions of Risk and Condom Use in African American College Women: Implications for Sexual Health Promotion. *Health Education & Behavior*, 44(5), 805-814. doi:10.1177/1090198117728759
- Mello, Z. R. (2008). Gender variation in developmental trajectories of educational and occupational expectations and attainment from adolescence to adulthood. *Development Psychol*, 44(4), 1069-1080.
- Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 243-253. doi:10.4067/s0717-75262016000300012
- Moilane, K. L. (2015). Predictors of latent growth in sexual risk taking in late adolescence and early adulthood. *Journal of Sex Research*, 52(1), 83-97. Doi:10.1080/00224499.2013.826167
- Montero-Carretero, C., Moreno-Murcia, J. A., González-Cutre, D., & Cervelló-Gimeno, E. M. (2013). Motivación, dirección de la autoconfianza y flow en judokas de alto nivel. Motricidad. *European Journal of Human Movement*, 31, 1-16.

- Montiel, G. D. E. & Ruiz, M. A. O. (2019). Comparación de conocimientos sobre sexualidad entre mujeres adolescentes con y sin hijos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(1), 29-39.
- Moral, D. R. J. & Garza, T. D. (2017). Relación entre los estilos parentales y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizados de Monterrey, Nuevo León. *Revista Perspectivas Sociales*, 19(1) 41-65.
- Morgan, E. M. & Zurbriggen, E. L. (2012). Changes in sexual values and their sources over the 1st year of college. *Journal of Adolescents Research*, 27(4), 471-497.
- Muthen, B., & Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45(1), 19-30. doi: 10.1111/j.2044-8317.1992.tb00975.x
- Navarro, P. R., Cons, F. M., & Eirín, N. R. (2018). Efecto de una unidad didáctica basada en juegos competitivos en la motivación, necesidades psicológicas básicas y disfrute en alumnado de Educación Primaria. *Sportis*, 4(1), 111-125.
- Nishimura, T., & Suzuki, T. (2016). Basic psychological need satisfaction and frustration in Japan: Controlling for the big five personality traits. *Japanese Psychological Research*, 58(4), 320-331. doi: 10.1111/jpr.12131
- Noguera O. N. & Alvarado R. H. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7(7), 151-160.
- North American Nursing Diagnoses Association NANDA (2020). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-2020. Elsevier España.
- Nursing Interventions Classification [NIC] (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Séptima edición. Elsevier España.
- O'Donnell, L., O'Donnell, C. R., & Stueve, A. (2001). Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: The Reach for Health Study. *Family Planning Perspectives*, (33), 268-275.

- ONUSIDA (2000). *La epidemia del SIDA: Situación en diciembre del 2000*. México, DF: Secretaría de Salud.
- OPS. (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. 4ta edición. Ginebra; 2009.
- Orcasita, P., Peralta, D., Valderrama, O., & Uribe, R. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), 155-195.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]. (2017). *Construyendo un México inclusivo, políticas y buen gobierno para la igualdad de género*. OECD Publishing, París. Recuperado de:
https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Estudio%20G%C3%A9nero%20M%C3%A9xico_CUADERNILLO%20RESUMEN.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (31 de enero de 2020). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Tercera edición, 2018
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (sin fecha). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/reproductive_health/es/
- Orozco, G. C. & Moreno, M. M. G. (2018). Intención de implementar un plan de acción para el uso del condón en adolescentes. *Hispanic Health Care International: the official journal of the National Association of Hispanic Nurses*, 1540415318802421-1540415318802421. doi:10.1177/1540415318802421

- Pacheco, B., García, C., & Zepeda, T. (2016). La confluencia en la relación de pareja como limitante para el crecimiento personal: una visión gestáltica. *Revista Subjetividades*, 9(4), 1103-1119.
<http://periodicos.unifor.br/rmes/article/download/4903/3913>
- Palacios, D. J. & Andrade, P. P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación universitaria multidisciplinaria*, 7(7), 7-18.
- Palacios, J. & Álvarez, M. (2018). Consumo de drogas asociadas al contagio de infecciones de transmisión sexual en jóvenes de México. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 111-120.
- Peláez Mendoza, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1), 0-0.
- Parkes, A., Henderson, M., Wight, D., & Nixon, C. (2011). Is parenting associated with teenagers' early sexual risk taking, autonomy and relationship with sexual partners? *Perspectives on sexual and reproductive health*. 43(1), 30-40.
- Pérez de la B. C. (2014). Habilidades para la vida y uso de anticoncepción por tipo de pareja sexual en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 119-133.
- Pérez-López, S., Ortiz-Zaragoza, M. C., Landgrave-Ibáñez, S., & Avilés, A. G.-P. (2015). Estilos educativos parentales y embarazo en adolescentes. *Atención Familiar*, 22(2), 39-42. doi:10.1016/s1405-8871(16)30045-1
- Pérez, B. C. & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 333-340.
- Philippe, F. L., Vallerand, R. J., Bernard-Desrosiers, L., Guilbault, V., & Rajotte, G. (2017). Understanding the cognitive and motivational underpinnings of sexual passion from a dualistic model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(5), 769-785. doi:10.1037/pspp0000116

- Porter, A., Cooper, S., Henry, M., Gallo, J., & Graefe, B. (2019). The nature of peer sexual health communication among college students enrolled in a human sexuality course. *American Journal of Sexuality Education*, 1–13.
doi:10.1080/15546128.2018.1529644
- Riley, B. H. & McDermott, R. C. (2018). Applying Self-Determination Theory to Adolescent Sexual-Risk Behavior and Knowledge: A Structural Equation Model. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(6), 482-494.
doi:10.1177/1078390318776369 japna.sagepub.com
- Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., García-Guerra, A., de Castro, F., González-Hernández, D., & de los Santos, L. M. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 24-30.
doi:10.1016/j.gaceta.2015.08.011
- Rivera, F. D., & Proaño, L. E. (2017). La Influencia de los Pares y la Familia en el Inicio de la Actividad Sexual en Adolescentes. *Augusto Guzzo Revista Académica*, 1(19), 39-53.
- Rodríguez, G. Y., Oliva, D. J., & Gil, H. A. (2007). La sexualidad en los adolescentes: algunas consideraciones. *Revista Academia Mexicana de Ciencias*, 11(1), 34-45.
- Rodríguez, C. A., Sanabria, R. G., Contreras, P. M. E., & Perdomo, C. B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174
- Rodríguez, A. F. U., Barreto, J. C., & Huertas, M. C. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 8(2), 27-48.

- Rogers, A. A. (2016). Parent–Adolescent Sexual Communication and Adolescents’ Sexual Behaviors: A Conceptual Model and Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 2(4), 293-313. doi:10.1007/s40894-016-0049-5
- Rubin, A. G., Gold, M. A., & Primack, B. A. (2009). Associations between depressive symptoms and sexual risk behavior in a diverse sample of female adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 22, 306-312.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publishing.
- Sánchez, V. Y., Mendoza T. L., Grisales, L. M., Ceballos, Molina, L., Bustamente, F. J., Muriel, C. E., Chaverra, L., & Acuña, P. M. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(4), 269-281.
- Sanz-Martos, S., López-Medina, I. M., Álvarez-García, C., & Álvarez-Nieto, C. (2018). Efectividad de las intervenciones educativas para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Atención Primaria*. doi:10.1016/j.aprim.2018.04.003
- Schonfeld, M., McRee, A., & Eisenberg, M. (2013). Teens talking with their parents about sex: the role of parent communication. *American Journal of Sexuality Education*, 8, 1-17.
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. psychology press. 48-50
- Secretaría de Salud (SSA). (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>

- Secretaría de Salud (SSA). (2002). La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar. Segunda Edición, 2002 ISBN 970-721-103-2.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(4), 475-486.
- Shiferaw, K., Getahun, F., & Asres, G. (2014). Assessment of adolescents' communication on sexual and reproductive health matters with parents and associated factors among secondary and preparatory schools' students in Debremarkos town, North West Ethiopia. *Reproductive Health*, 11(1), 2. doi:10.1186/1742-4755-11-2
- Soenens B., Deci E.L., & Vansteenkiste M. (2017). How Parents Contribute to Children's Psychological Health: The Critical Role of Psychological Need Support. *In Development of Self-Determination Through the Life-Course*, 171-187. Springer, Dordrecht
- Solórzano-Torres, F., Guerrero-Solórzano, J., Silva-Calle, X., Poveda-Icaza, X., Donoso-Peña, D., Guerrero-Solórzano, T., ... & Perafán-Javela, K. (2019). Impacto de la educación sexual sobre el inicio temprano de relaciones sexuales en Guayaquil, Ecuador. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 5(3), 112-118.
- Somefun, O. D. (2019). Religiosity and sexual abstinence among Nigerian youths: does parent religion matter? *BMC Public Health*, 19(1), 416. doi:10.1186/s12889-019-6732-2
- Soto, M., Contreras, M., & Becerra, R. (2017). Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. *Investigación realizada en la Escuela Preparatoria*, (7).

- Stover, J. B., Bruno, F. E., Uriel, F. E., & Fernández L. M. (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica. *Perspectivas en psicología*, 14(2), 105-115.
- Trinidad-Noguera, K., Chávez-Montes de Oca, V., Carrasco-Ponce, B., & Sánchez-Valdivieso, E. (2015). Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, (8), 75-83 - Abril 2015
ISSN 2174- 7210
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 83(5), 397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.
- Ulanowicz, M. G., Parra, K. E., Wendler, G. E., & Monzón, L. T. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 153(4), 13-17.
- Valdivia, M. (2003). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. *Revista de Psicología*, 12(2), 85.
- Vallerand, R. J. (1997). Toward A Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Advances in Experimental Social Psychology*, (29), 271-360.
doi:10.1016/s0065-2601(08)60019-2
- Vallerand, R. J. (2007). Intrinsic and extrinsic motivation in sports and physical activity. *Handbook of sport psychology*, (3), 59-83.
- Vallerand, R. J. & Rousseau, F. L. (2001). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and exercise: A review using the Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Handbook of sport psychology*, 2(1), 389-416.
- Vallerand, R. J. & Lalande, D. R. (2011). The MPIC Model: The Perspective of the Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation, *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 22(1), 45-51

- Vargas, E., Henao, J. & González, C. (2007). Toma de decisiones románticas y reproductivas en la adolescencia. *Revista Acta Colombiana de Psicología*, 10, 49-63.
- Vargas Ruíz, R. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica. *Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO)*.
- Velázquez, B. M. L., Martínez, G. M., Clavijo, A. R., Reyes, M. G., & del Llano, L. B. (2018). Intervención de enfermería sobre educación sexual en adolescentes. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 3(3), 138-141.
- Velásquez, G. N., Rojas, D. L. G., Rojas, D. L. G., Lozano, B. D. F., & Torrico, F. (2019). Conducta sexual y reproductiva durante la adolescencia de los estudiantes de la Universidad Mayor de San Simón. *Gaceta Médica Boliviana*, 42(2), 144-149.
- Viada, P. E. & Batista, F. J. R. (2015). Caracterización de la salud reproductiva de adolescentes. *Correo Científico Médico*, 19(1), 76-84.
- Villalobos, A., de Castro, F., Rojas, R., & Allen B. (2017). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*, 59, 566-576. doi.org/10.21149/8481
- Villanueva, L. A., Campos, R., & Pérez-Fajardo, M. M. (2001). Conocimientos y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. *Ginecología y obstetricia de México*, 69(6), 239- 242.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). Strategies for theory construction in nursing. (5^a ed.). Upper Sadder River, N. J.: Prentice H.
- Waterman, E. A., Wesche, R., & Lefkowitz, E. S. (2018). Longitudinal Correlates of Peer Sexual Communication Quality in Late Adolescence. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(4), 421-432. doi:10.1007/s13178-017-0315-8

- Winkler, M. I., Pérez, C. P., & López, L. (2005). ¿Embarazo deseado o no deseado?: Representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, región metropolitana. *Terapia psicológica*, 23(2), 19-31.
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W., Golin, C. E., & Prinstein, M. J. (2014). Sexual Communication Between Early Adolescents and Their Dating Partners, Parents, and Best Friends. *The Journal of Sex Research*, 51(7), 731-741. doi:10.1080/00224499.2013.843148
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 170(1), 52-61.
- Widman, L., Golin, C. E., Kamke, K., Burnette, J. L., & Prinstein, M. J. (2018). Sexual Assertiveness Skills and Sexual Decision-Making in Adolescent Girls: Randomized Controlled Trial of an Online Program. *American Journal of Public Health*, 108(1), 96-102. doi:10.2105/ajph.2017.304106
- Williams, L. R. & Russell, S. T. (2013). Shared Social and Emotional Activities Within Adolescent Romantic and Non-Romantic Sexual Relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 42(4), 649-658. doi:10.1007/s10508-012-0043-3
- Williamson N. (2013). Estado de la población mundial 2013: Maternidad en la niñez. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/ES-SWOP2013.pdf>
- Woodhams, E., Sipsma, H., Hill, B. J., & Gilliam, M. (2018). Perceived responsibility for pregnancy and sexually transmitted infection prevention among young African American men: An exploratory focus group study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 86-91. doi:10.1016/j.srhc.2018.02.002
- Wheeler, N. J., Pilgrim, N., Jennings, J. M., Sanders, R., Page, K. R., Loosier, P. S., & Marcell, A. V. (2018). Missed Opportunities to Address Pregnancy Prevention

With Young Men in Primary Care. *Clinical pediatrics*, 57(13), 1558-1566.

doi:10.1177/0009922818793351

Ying, L., Ma, F., Huang, H., Guo, X., Chen, C., & Xu, F. (2015). Parental monitoring, parent adolescent communication, and adolescents' trust in their parents in China.

PloS One, 10(8), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0134730>

Zamudio, R. C., Silva, C. J., Gómez, A. C., & Chacón, V. P. (2018). Perfil

epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. *Atención Familiar*, 25(2), 54-58.

doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63555

Zimmer-Gembeck, M. J. (2013). Young females' sexual self-efficacy: associations with personal autonomy and the couple relationship. *Sexual Health*, 10(3), 204-210.

doi:10.1071/sh12139

Apéndices

Apéndice A

Tabla de Derivación Teórica

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
Factores personales	Factores propios del individuo para la prevención del embarazo, como lo es el sexo, edad de IVS y el conocimiento de prevención del embarazo		Factores propios del adolescente para la prevención del embarazo, como lo es el sexo, la edad de IVS y el conocimiento sobre prevención del embarazo.
- <i>Genero</i>	Condición biológica de la persona que los caracteriza en masculinos y femeninos		Es la identificación biológica del adolescente, puede ser hombre o mujer
- <i>IVS</i>	Años de vida en el debut sexual	Intervención NIC <u>Enseñanza de relaciones sexuales seguras:</u> Proporción de instrucciones acerca de medidas de protección durante las relaciones sexuales. Acciones de enfermería: – Recopilar los antecedentes sexuales incluyendo el número de parejas sexuales previas, la frecuencia de las relaciones sexuales, antecedentes de embarazo o sospecha de embarazo, ITS.	La edad de IVS se refiere al número de años de vida en que el adolescente tuvo su primera relación sexual

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (*continuación*)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
<i>Conocimiento sobre prevención del embarazo</i>	Información que tiene el adolescente acerca del comportamiento sexual seguro que le ayuda a prevenir un embarazo.	<p>NANDA</p> <p>Dominio: Sexualidad</p> <p>Categoría: Clase 2</p> <p>Función sexual Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.</p> <p>Diagnóstico NANDA</p> <p><u>Patrón sexual ineficaz:</u></p> <p>Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.</p> <p>Factores relacionados:</p> <p>-Conocimiento insuficiente de las alternativas relacionadas con la sexualidad.</p> <p>Intervención NIC</p> <p>Planificación familiar.</p> <p>Anticoncepción: Ayudar a la persona a determinar y obtener métodos de prevención del embarazo.</p> <p>Acciones de enfermería:</p> <p>-Evaluar los conocimientos y la comprensión de la persona sobre las opciones de anticoncepción.</p>	Información adquirida por el adolescente acerca de la salud reproductiva, la forma en que ocurre un embarazo y de los diferentes métodos que se pueden utilizar, su uso correcto y eficacia para evitarlo en edad temprana.

Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (*continuación*)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
Comunicación sexual	<p>Se deriva de los Factores socio-contextuales (relaciones interpersonales): factores predictores para el tipo de motivación en las relaciones interpersonales, mediante la influencia en las NPB del individuo.</p> <p>La comunicación sexual es la estrategia efectiva basada en el diálogo y el interés mutuo en las necesidades de la otra persona para negociar o practicar sexo seguro.</p>	<p>Intervención NIC <u>Enseñanza. Sexualidad:</u> Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales.</p> <p>Acciones de enfermería: – Facilitar la concienciación del adolescente sobre la influencia de la familia, sus compañeros y la sociedad en su conducta.</p> <p>NANDA Dominio: Sexualidad Categoría: Clase 2 Función sexual Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.</p> <p>Diagnóstico NANDA <u>Patrón sexual ineficaz:</u> Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad. Características definitorias: – Alteración en la relación con personas significativas (progenitores, pareja sexual, compañeros). – Cambio el rol sexual.</p>	<p>Vínculo que establece el adolescente con personas significativas del contexto que tienen un rol fundamental para la prevención del embarazo e influyen en la satisfacción o frustración de las NPB. Se consideran a los padres, amigos y a la pareja sexual o sentimental como figuras importantes en la vida del adolescente. De este concepto se deriva la comunicación sexual parental, con amigos y con la pareja.</p>

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (*continuación*)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
		Factores relacionados: –Deterioro de la relación con las personas significativas (progenitores, pareja sexual, compañeros).	
		Población en riesgo: –Ausencia de personas significativas o presencia de personas significativas que no ejerzan un rol protector y por lo tanto representen un riesgo para la persona.	
		Intervención NIC <u>Escucha activa</u> : Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales.	
		Acciones de enfermería: –Evitar barreras en la escucha activa (minimizar el tema abordado, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de experiencias propias, terminar la conversación de manera prematura). –Utilizar el silencio, escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. –Fortalecer la interacción para descubrir el significado del comportamiento	

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (*continuación*)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
		<p>Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.</p> <p>–Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido.</p> <p>–Identificar los temas predominantes (estar atento a los temas que se evitan)</p> <p>–Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones</p> <p>–Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.</p> <p>–Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos o preocupaciones.</p> <p>–Mostrar interés por la persona.</p> <p>–Establecer el propósito de la interacción.</p>	

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (continuación)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
<i>Comunicación sexual parental</i>	Explicación de los padres acerca de las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo o enfermedades de transmisión sexual.	Intervención NIC <u>Enseñanza. Sexualidad:</u> Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales. Acciones de enfermería: -Facilitar la comunicación entre el adolescente y sus progenitores -Apoyar el papel de los progenitores como principales educadores sexuales de sus hijos. -Educar a los progenitores sobre el crecimiento y desarrollo sexuales a lo largo de la vida.	Percepción del adolescente acerca de la información sexual que tienen sus padres con él/ella, respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.
<i>Comunicación sexual con los amigos</i>	Información y recomendación de sexualidad que la persona recibe de los amigos que consideran más experimentados.	Intervención NIC <u>Enseñanza. Sexualidad:</u> Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales. Acciones de enfermería: -Discutir las presiones sociales y de los compañeros en la actividad sexual. -Facilitar el juego de roles en los que se puedan practicar la toma de decisiones y las habilidades de comunicación para resistir las presiones sociales y de sus compañeros sobre la actividad sexual.	Información sexual que recibe y comparte el adolescente con sus amigos respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (continuación)

Concepto	Literatura	Enfermería NANDA/NIC	MACSPEA
<i>Comunicación sexual con la pareja</i>	Estrategia para negociar prácticas de sexo seguro con la pareja y dialogar sobre temas de sexualidad como tener relaciones sexuales, embarazos no deseados, aborto, uso de métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual.	Intervención NIC <u>Enseñanza de relaciones sexuales seguras</u> : Proporción de instrucciones acerca de medidas de protección durante las relaciones sexuales. Acciones de enfermería: – Instruir a la persona sobre el uso correcto del preservativo (como elegir, mantenerlo intacto, aplicar y quitar). – Animar a la persona a comentar los antecedentes sexuales y las relaciones sexuales seguras con la pareja. – Informar sobre las relaciones sexuales seguras.	Conversación con la pareja sexual respecto a la prevención del embarazo, las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos.
Metas en la vida intrínsecas	TAD Son los objetivos de vida que se enfocan en la búsqueda de crecimiento personal, relaciones y contribución a la comunidad, se relacionan con la satisfacción de las NPB, lo que contribuye al bienestar psicológico.	Intervención NIC <u>Enseñanza. Sexualidad</u> : Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales. Acciones de enfermería: – Comentar acerca de los valores, intereses, la forma de obtenerlos y los efectos que tienen en nuestras opciones en la vida. – Utilizar las preguntas adecuadas para ayudar al adolescente a reflejar lo que es importante a nivel personal.	Motivos o razones internas del adolescente que lo llevan a tener una conducta sexual de prevención del embarazo porque tiene un proyecto de vida mediante la satisfacción de las NPB, lo que contribuye a una motivación más autodeterminada para la prevención del embarazo

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte, NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (*continuación*)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
Metas en la vida extrínsecas	Objetivos de vida que se enfocan en la búsqueda de riqueza, fama e imagen, muestran un patrón de resultados donde se deben a la motivación extrínseca y son menos satisfactorias para las NPB.		Motivos o razones externas del adolescente que lo llevan a tener una conducta sexual de prevención del embarazo porque tiene un proyecto de vida mediante las NPB menos satisfactorias, lo que contribuye a una motivación menos autodeterminada para la prevención del embarazo.
Satisfacción de las NPB	Facilita la motivación autodeterminada, a través del cumplimiento de las NPB de autonomía, competencia y relación, esto cuando son apoyadas positivamente por los factores personales y/o sociales contextuales.	Intervención NIC <u>Enseñanza.</u> <u>Sexualidad:</u> Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales. Acciones de enfermería: – Discutir la	Percepción del adolescente acerca de su autonomía para la toma de decisiones en su conducta sexual, competencia para realizar actividades de prevención del embarazo y su capacidad para relacionarse de manera placentera.
Frustración de las NPB	Socava la motivación autodeterminada por el incumplimiento de las NPB de autonomía, competencia o relación	conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y las necesidades.	Percepción del adolescente acerca de su falta de autonomía en la toma de decisiones en su conducta sexual, falta de competencia para realizar sus actividades de prevención del embarazo y su falta de capacidad para relacionarse de manera satisfactoria.

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (continuación)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
Concepto	TAD	Enfermería NANDA/NIC	MACSPEA
Motivación auto-determinada	Motivación más intrínseca de la persona para realizar sus acciones al nivel más alto de reflexión y se comprometen en las acciones con un sentido de elección de forma voluntaria por propia elección.	<p>Intervención NIC <u>Enseñanza de relaciones sexuales seguras:</u> Proporción de instrucciones acerca de medidas de protección durante las relaciones sexuales.</p> <p>Acciones de enfermería: - Comentar los conocimientos, la comprensión, la motivación y el nivel de compromiso de la persona respecto a los diversos métodos de protección sexual (hormonales, de barrera, dispositivo intrauterino y abstinencia), incluyendo la eficacia, los efectos secundarios, contraindicaciones y los signos y síntomas. - Ayudar a los adolescentes a obtener información sobre anticonceptivos de forma confidencial. - Canalizar a la persona a otros profesionales sanitarios por ejemplo: trabajador social, atención psicológica, entre otros.</p> <p>Intervención NIC <u>Planificación familiar.</u> <u>Anticoncepción:</u> Ayudar a la persona a determinar y obtener métodos de prevención del embarazo.</p>	Grado de voluntad del adolescente para realizar acciones impulsado de forma autónoma con el fin de evitar un embarazo; está constituida por la motivación intrínseca, motivación extrínseca con sus regulaciones y la no motivación, y se facilita cuando las NPB están más satisfechas y son apoyadas positivamente por la comunicación sexual parental, con los amigos y con la pareja del adolescente (factores socio-contextuales).

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte, NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (continuación)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
		<p>Acciones de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Determinar la capacidad y motivación para utilizar un método. –Determinar el grado de implicación y motivación para usar un método de forma constante. <p>Intervención NIC</p> <p><u>Enseñanza. Sexualidad:</u> Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales.</p> <p>Acciones de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Ayudar a elegir un método anticonceptivo adecuado según corresponda. <p>Intervención NIC</p> <p><u>Manejo de la conducta sexual:</u></p> <p>Delimitación y prevención de conductas sexuales.</p> <p>Acciones de Enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Proporcionar educación sexual correspondiente al nivel de desarrollo. -Especificar expectativas explícitas (basadas en el nivel de función cognitiva y la capacidad de autocontrol) relacionadas con la conducta sexual. 	
Conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia	Se deriva del Tipo de resultado comportamiento: es la conducta positiva de la persona para realizar acciones para el cuidado de su salud.	<p>Intervención NIC</p> <p><u>Manejo de la conducta:</u> Ayudar a la persona a controlar una conducta negativa</p> <p>Acciones de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Hacer que la persona se sienta responsable de su conducta. -Fortalecer la expectativa de que la persona puede tener el control en su conducta. -Hacer que la persona se sienta responsable de su conducta. 	<p>Acciones que realiza el adolescente en respuesta a la motivación más autodeterminada para tomar medidas de prevención y de autocuidado</p>

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte, NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (continuación)

Concepto	Literatura	Enfermería NANDA/NIC	MACSPEA
	Literatura		
	Es el comportamiento de la persona que se asocia a la toma de precauciones para prevenir el embarazo, incluye el uso regular y correcto de métodos anticonceptivos	<p>-Reconocer los esfuerzos de autocontrol.</p> <p>NANDA</p> <p>Dominio: Sexualidad</p> <p>Categoría: Clase 2 Función sexual</p> <p>Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.</p> <p>Diagnóstico NANDA</p> <p><u>Patrón sexual ineficaz</u>: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.</p> <p>Características definitorias:</p> <p>-Alteración en el comportamiento sexual</p> <p>-Alteración en la actividad sexual</p> <p>Factores relacionados:</p> <p>-Conocimiento insuficiente de las alternativas relacionadas con la sexualidad.</p> <p>-Déficit de habilidades para seleccionar las alternativas relacionadas con la sexualidad.</p> <p>-Temor al embarazo.</p> <p>Intervención NIC</p> <p><u>Manejo de la conducta sexual</u>:</p> <p>- Delimitación y prevención de conductas sexuales.</p> <p>Acciones de Enfermería:</p> <p>-Proporcionar instrucción sobre las consecuencias de la conducta sexual.</p> <p>Explicar el impacto negativo que puede tener sobre los demás la conducta sexual de riesgo.</p>	<p>Acciones que realiza el adolescente en respuesta a la motivación más autodeterminada para tomar medidas de prevención y de autocuidado para evitar embarazos no planeados, al usar algún método anticonceptivo de forma correcta y consistente.</p>

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

(continúa)

Tabla de Derivación Teórica (*continuación*)

<i>Concepto</i>	<i>Literatura</i>	<i>Enfermería NANDA/NIC</i>	<i>MACSPEA</i>
		Intervención NIC	
		<u>Enseñanza. Sexualidad:</u> Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales.	
		Acciones de enfermería:	
		– Educar al adolescente sobre las consecuencias negativas del embarazo precoz (pobreza, pérdida de la educación y oportunidades profesionales).	
		– Fomentar la responsabilidad de la conducta sexual	
		– Comentar los beneficios de la abstinencia.	
		– Ayudar a elegir un método anticonceptivo adecuado según corresponda.	
		– Informar al adolescente de los beneficios de posponer la actividad sexual.	

Nota: Nota: NANDA = Asociación de Diagnóstico de Enfermería de América del Norte,
NIC = Clasificación de Intervenciones de Enfermería

Apéndice B

Cédula de Datos Personales

En seguida se te presenta una serie de preguntas, por lo cual es muy importante que no saltes ninguna respuesta para que la plataforma no te regrese a responder las que faltan. Es importante que sepas que la información que proporcionas es muy importante y será de carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, nadie realizará juicio de tus respuestas, ninguna se considerará correcta o incorrecta.

1. ¿Qué edad tienes? _____ años	2. Sexo: Hombre () Mujer ()
3. Actualmente te dedicas a:	
Estudiante de bachillerato ()	Estudiante de universidad ()
Trabajador ()	Por el momento no estudio ni trabajo ()
Estudio y trabajo ()	Otra _____
4. Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre ()	
5. Actualmente ¿tienes novio (a)? Si () No ()	
6. ¿Mantienes comunicación con tu mamá y con tu papá?:	
a. Sí con mamá y papá ()	b. No, solo con mamá ()
c. No, solo con papá ()	d. Con ninguno de los 2 ()
7. ¿Cuál de las siguientes opciones te describe mejor?	
Heterosexual () Gay () Lesbiana o gay () Bisexual () Inseguro () Otra _____	
8. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? Si () No ()	
Las siguientes preguntas son sobre relaciones sexuales, en caso de <u>NO</u> haber tenido relaciones sexuales nunca, la plataforma direccionará a la Escala de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y comunicación sexual	
9. ¿Actualmente o alguna vez has estado embarazada o has embarazado a alguien? Si () No ()	
10. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____ años	
11. ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales en la vida? _____	
12. Durante tu vida ¿con quién has tenido relaciones sexuales?	
a. Con un hombre ()	b. Con una mujer ()
c. Con un hombre y con una mujer ()	
13. ¿Qué método anticonceptivo has usado o ha usado tu pareja cuando tienes relaciones sexuales? (puedes elegir más de uno)	
a. Ninguno ()	c. Pastillas anticonceptivas ()
e. Parche ()	b. Condón ()
d. Pastilla de emergencia ()	f. Otro, ¿cuál? _____
14. ¿Qué método anticonceptivo usaste o usó tu pareja la última vez que tuviste relaciones sexuales? (puedes elegir más de uno)	
a. Ninguno ()	c. Pastillas anticonceptivas ()
e. Parche ()	b. Condón ()
d. Pastilla de emergencia ()	f. Otro, ¿cuál? _____

Apéndice C

Escala de Conocimientos en Salud Sexual y Salud Reproductiva

(Vargas, 2013)

Instrucciones: Selecciona la opción que refleje más tu forma de pensar.

	Cierto	Falso	No sé
1. Si se tiene una relación sexual durante la menstruación se evita el embarazo.			
2. Una mujer puede quedar embarazada, aunque tenga pocas relaciones sexuales.			
3. Una mujer puede quedar embarazada aún si el hombre no eyacula o “se viene” dentro de ella.			
4. Una mujer puede embarazarse al meterse a nadar en una piscina.			
5. Una mujer puede embarazarse por usar un baño público.			
6. No tener relaciones sexuales es el único método anticonceptivo 100% efectivo.			
7. La ducha vaginal previene el embarazo.			
8. La T de Cobre o DIU es un método anticonceptivo.			
9. Las jaleas espermicidas son un método anticonceptivo.			
10. Sacar el pene de la vagina antes de eyacular es un método anticonceptivo.			
11. La operación quirúrgica que consiste en extirpar o quitar las trompas de Falopio en la mujer (salpingectomía) para evitar el embarazo, es un método anticonceptivo definitivo.			
12. La operación quirúrgica en la que se extirpa el conducto deferente de los órganos sexuales masculinos (vasectomía) para evitar el embarazo, es un método anticonceptivo definitivo.			
13. El ritmo es un método anticonceptivo.			
14. El uso del condón ayuda a prevenir embarazos.			
15. El coito interrumpido es un método anticonceptivo efectivo para prevenir embarazos.			
16. El ritmo es un método anticonceptivo efectivo para prevenir embarazos.			
17. Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos.			
18. La salud reproductiva implica tener hijos en el momento que se considere oportuno.			
19. La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable.			
20. Una mujer debe tomar la píldora sin saltarse días para que sea efectiva.			
21. Las píldoras pueden causar infertilidad.			
22. Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada.			
23. La píldora anticonceptiva protege contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.			
24. El condón es un método eficaz para evitar el embarazo.			
25. El condón es un método que solo sirve para evitar el embarazo.			
26. El condón es altamente efectivo cuando se usa correctamente.			
27. Sé usar correctamente el condón.			
28. Si el condón se usa mal se puede romper.			
29. El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad.			

Apéndice D

Instrumento de Comunicación sobre Temas Sexuales

(Hutchinson & Cooney, 1998)

Instrucciones: A continuación, se te harán unas preguntas acerca de la comunicación sexual que tienes con tu papá, mamá, amigos y novia(o). Selecciona del 1 (nada) al 5 (mucho) que tanto hablan sobre cada una de las preguntas.

Tu papá...	1 Nada	2 Un poco	3 Algo	4 No mucho	5 Mucho
1. ¿Qué tanto ha conversado contigo sobre cómo debes comportarte sexualmente?					
2. ¿Cuánta información ha compartido contigo sobre cómo prevenir el embarazo?					
3. ¿Qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un embarazo ha compartido contigo?					
4. ¿Qué tanta información ha compartido contigo sobre la necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerse de tenerlas?					
5. ¿Qué tanta información ha compartido contigo sobre la presión que ejercen los amigos y la “novia(o)” en el aspecto sexual?					
6. ¿Qué tanta información ha compartido contigo sobre cómo resistir la presión en el aspecto sexual de tus compañeros y de tus “amigas(os)” con los que sales?					
Tu mamá...	1 Nada	2 Un poco	3 Algo	4 No mucho	5 Mucho
1. ¿Qué tanto ha conversado contigo sobre cómo debes comportarte sexualmente?					
2. ¿Cuánta información ha compartido contigo sobre cómo prevenir el embarazo?					
3. ¿Qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un embarazo ha compartido contigo?					
4. ¿Qué tanta información ha compartido contigo sobre la necesidad de esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerse de tenerlas?					
5. ¿Qué tanta información ha compartido contigo sobre la presión que ejercen los amigos y la “novia(o)” en el aspecto sexual?					
6. ¿Qué tanta información ha compartido contigo sobre cómo resistir la presión en el aspecto sexual de tus compañeros y de tus “amigas(os)” con los que sales?					

Tú y tus amigos o compañeros...	1 Nada	2 Un poco	3 Algo	4 No mucho	5 Mucho
1. ¿Qué tanto han conversado sobre cómo deben comportarse sexualmente?					
2. ¿Cuánta información han compartido sobre cómo prevenir el embarazo?					
3. ¿Qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un embarazo han compartido?					
4. ¿Qué tanta información han compartido sobre la necesidad de esperar hasta que sean mayores para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerse de tenerlas?					
5. ¿Qué tanta información han compartido sobre la presión que ejerce la “novia(o) o pareja” en el aspecto sexual?					
6. ¿Qué tanta información han compartido sobre cómo resistir la presión en el aspecto sexual de sus novias (os), compañeros y de sus “amigas(os)” con los que salen?					
Tú y tu novia(o) o pareja sexual	1 Nada	2 Un poco	3 Algo	4 No mucho	5 Mucho
1. ¿Qué tanto han conversado sobre cómo deben comportarse sexualmente?					
2. ¿Cuánta información han compartido sobre cómo prevenir el embarazo?					
3. ¿Qué tanta información específica sobre el condón o algún otro método para prevenir un embarazo han compartido?					
4. ¿Qué tanta información han compartido sobre la necesidad de esperar hasta que sean mayores para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerse de tenerlas?					
5. ¿Qué tanta información han compartido sobre la presión que ejercen los amigos en el aspecto sexual?					
6. ¿Qué tanta información han compartido sobre cómo resistir la presión en el aspecto sexual de sus compañeros y de sus “amigas (os)” con los que salen?					

Apéndice E

Índice de Aspiraciones en la Vida

(Lirola, Sicilia, Granero, Burgueño, & Alcaraz, 2018; Kasser & Ryan, 1996)

Instrucciones: En esta sección, encontrarás una serie de metas en la vida, presentadas una a la vez, y te haremos la pregunta: ¿cómo calificas las siguientes afirmaciones de acuerdo con tus aspiraciones en la vida para evitar un embarazo antes de los 20 años de edad?”. Utiliza la escala siguiente para responder a cada una de las metas en la vida.

1	2	3	4	5	6	7
No importante			Moderadamente importante			Muy importante

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ser una persona muy rica.							
2. Crecer y aprender cosas nuevas.							
3. Que mi nombre sea conocido por muchas personas.							
4. Tener buenos amigos con los que pueda contar.							
5. Ocultar con éxito los signos del envejecimiento.							
6. Trabajar para mejorar la sociedad.							
7. Estar saludable físicamente.							
8. Tener muchas posesiones caras.							
9. Al final de mi vida poder reconocer que ésta ha tenido sentido y ha sido completa.							
10. Ser admirado (a) por muchas personas.							
11. Compartir mi vida cuando sea mayor con alguien a quien amo							
12. Tener personas que comenten lo atractivo (a) que me veo.							
13. Ayudar a las personas que lo necesiten, sin esperar nada a cambio.							
14. Sentirme bien con mi nivel de condición física.							
15. Ser financieramente exitoso (a).							
16. Elegir lo que hago, en lugar de ser empujado (a) por la vida.							
17. Ser famoso (a).							
18. Tener relaciones serias e íntimas.							
19. Estar a la moda con mi cabello y ropa.							
20. Trabajar para hacer del mundo un lugar mejor.							
21. Mantenerme saludable y con bienestar.							
22. Ser rico (a).							
23. Conocer y aceptar quién soy realmente.							
24. Que mi nombre aparezca frecuentemente en los medios de comunicación.							
25. Sentir que hay personas que realmente me aman y a quienes amo.							

26. Lograr el “look” que he estado buscando.							
27. Ayudar a otros a mejorar sus vidas.							
28. Estar libre de enfermedades.							
29. Tener suficiente dinero para comprar todo lo que quiera.							
30. Obtener una visión cada vez mayor de por qué hago las cosas que hago.							
31. Ser admirado (a) por muchas personas diferentes.							
32. Tener relaciones profundas y duraderas.							
33. Tener una imagen que otros encuentren atractiva.							
34. Ayudar a personas que lo necesiten.							
35. Tener un estilo de vida físicamente saludable.							
36. Ser poderoso (a).							
37. Tener una posición social alta.							
38. Poder mandar a las personas.							
39. Que la gente me obedezca.							
40. Ser libre de hacer cosas que realmente me interesan.							
41. Elegir lo que hago, en lugar de ser empujado por la vida.							
42. Que mi forma de vida esté en armonía con quien realmente soy.							
43. Tener una idea de por qué hago las cosas que hago.							
44. Ser aceptado (a) por mis compañeros.							
45. Ser aprobado (a) por personas a mi alrededor.							
46. Ser incluido (a) en los círculos sociales.							
47. "Encajar" con los demás.							
48. Poder hacer cosas en las que soy especialmente hábil.							
49. Establecer objetivos y asegurarme de alcanzarlos.							
50. Buscar tareas difíciles que pueda dominar.							
51. Ser eficiente.							

<i>Aspiraciones intrínsecas</i>	<i>Reactivos</i>	<i>Aspiraciones extrínsecas</i>	<i>Reactivos</i>
Crecimiento personal	2, 9, 16, 23, 30	Riqueza	1, 8, 15, 22, 29
Relaciones	4, 11, 18, 25, 32	Fama	3, 10, 17, 24, 31
Contribución a la comunidad	6, 13, 20, 27, 34	Imagen	5, 12, 19, 26, 33
Salud	7, 14, 21, 28, 35	Poder	36,37,38,39
Dominio	48,49,50,51	Adherencia social	44,45,46,47
Autoexpresión	40,41,42,43		

Apéndice F

Escala de Satisfacción y Frustración de las Necesidades Psicológicas Básicas (ESFNPB)

(Chen et al., 2015)

Instrucciones: A continuación, te preguntaremos sobre tus experiencias reales de ciertos sentimientos vinculados con tu vida sexual. Lee atentamente cada uno de los siguientes elementos. Puedes elegir del 1 al 5 para indicar el grado en que la afirmación es cierta para ti en este momento de tu vida.

	1	2	3	4	5
	Totalmente falso				Totalmente verdadero
	1	2	3	4	5
1. Siento que tengo la libertad para elegir como disfrutar mi vida sexual.					
2. En mi vida sexual, la mayoría de las cosas que hago son porque “tengo que hacerlas”.					
3. Siento que las personas que me importan se preocupan por que sepa utilizar y utilice algún método anticonceptivo.					
4. Me siento excluido del grupo al que quiero pertenecer por mi interés en no embarazarme o embarazarse a alguien.					
5. Estoy seguro(a) de que puedo usar correctamente un método anticonceptivo.					
6. Tengo serias dudas sobre si puedo usar correctamente un método anticonceptivo y prevenir un embarazo.					
7. Siento que mis decisiones sobre cómo prevenir un embarazo reflejan lo que realmente quiero.					
8. En mi vida sexual me siento obligado (a) a hacer muchas cosas que no elegiría hacer.					
9. Me siento conectado (a) con mi pareja cuando nos cuidamos para evitar un embarazo.					
10. Siento que las personas que son importantes para mí son frías y distantes conmigo cuando quiero hablar de sexualidad.					
11. Me siento capaz de evitar un embarazo.					
12. Me siento decepcionado (a) con muchas de mis acciones en la prevención de un embarazo.					
13. Siento que mi elección sobre no ser madre/padre en este momento, muestra quién soy realmente.					
14. Me siento presionado (a) para hacer demasiadas cosas para evitar un embarazo.					
15. Me siento cercano (a) y conectado (a) con otras personas que son importantes para mí vida.					

16. Tengo la impresión de que las personas con las que paso el tiempo no me quieren.					
17. Me siento competente para lograr prevenir un embarazo en esta etapa de mi vida.					
18. Me siento inseguro (a) acerca de mis habilidades para prevenir un embarazo.					
19. Siento que disfrutar mi sexualidad responsablemente es lo que realmente me interesa.					
20. Utilizar un método anticonceptivo cada vez que tengo relaciones sexuales se siente como una obligación.					
21. Experimento un sentimiento cálido con las personas que hablo sobre temas de sexualidad.					
22. Siento que las relaciones que tengo con una pareja sexual son simplemente superficiales.					
23. Siento que puedo prevenir un embarazo exitosamente.					
24. Siento que fracaso por los errores que cometo al usar un método anticonceptivo.					

Puntuación

Satisfacción de la autonomía: 1, 7, 13, 19

Frustración de la autonomía: 2, 8, 14, 20

Satisfacción de relaciones: 3, 9, 15, 21

Frustración de relaciones: 4, 10, 16, 22

Satisfacción de competencia: 5, 11, 17, 23

Frustración de competencia: 6, 12, 18, 24

Apéndice G

Cuestionario de Regulación de la Conducta (BREQ-3)

(González-Cutre, Sicilia, & Fernández, 2010)

0	1	2	3	4
Nada verdadero				Totalmente verdadero

Yo evito un embarazo...	0	1	2	3	4
1. Porque los demás me dicen que no debo tener hijos a mi edad.					
2. Porque me siento culpable si no me cuido.					
3. Porque valoro los beneficios que tiene el no ser madre/padre en esta etapa de mi vida.					
4. Porque creo que es divertido disfrutar mi sexualidad sin hijos.					
5. Porque va de acuerdo con mi forma de vida.					
6. No veo por qué tengo que evitar un embarazo.					
7. Porque mis amigos/padres/pareja me dicen que no debo tener aun hijos.					
8. Porque me sentiría avergonzado(a) si me embarazo o embarazo a mi pareja.					
9. Porque para mí es importante no ser madre/padre en la adolescencia.					
10. Porque considero que tener hijos en esta etapa no forma parte de mí.					
11. No veo por qué tengo que molestarme en utilizar un método anticonceptivo.					
12. Porque disfruto mis relaciones sexuales protegidas.					
13. Porque otras personas no estarán contentas conmigo si me embarazo o embarazo a alguien.					
14. No veo el sentido de prevenir el embarazo con un método anticonceptivo.					
15. Porque veo la prevención del embarazo como una parte fundamental de lo que soy.					
16. Porque siento que he fallado cuando no he utilizado un método anticonceptivo.					
17. Porque pienso que es importante hacer el esfuerzo de usar un método anticonceptivo consistentemente para tener una adolescencia sin hijos.					
18. Porque encuentro agradable las relaciones sexuales protegidas.					

19. Porque me siento bajo la presión de mis amigos/padres de evitar un embarazo.					
20. Porque considero que tener relaciones sexuales responsables está de acuerdo con mis valores.					
21. Porque me pongo nervioso (a) si no utilizo un método en cada relación sexual.					
22. Porque me resulta placentero y satisfactorio protegerme en mis relaciones sexuales.					
23. Pienso que evitar un embarazo es una pérdida de tiempo.					

Regulación intrínseca: 4, 12, 18, 22

Regulación integrada: 5, 10, 15, 20

Regulación identificada: 3, 9, 17

Regulación introyectada: 2, 8, 16, 21

Regulación externa: 1, 7, 13, 19

No motivación: 6, 11, 14, 23

Apéndice H

Escala de Prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva

(Vargas, 2013)

Instrucciones: Selecciona la opción que refleje más tu forma de pensar.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Me he sentido presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
2. Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual.	5	4	3	2	1
3. Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales.	5	4	3	2	1
4. Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales.	5	4	3	2	1
5. Tengo relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos.	1	2	3	4	5
6. Me informo sobre métodos anticonceptivos.	5	4	3	2	1
7. Me informo sobre planificación familiar.	5	4	3	2	1
8. En mi primera relación sexual usé algún método anticonceptivo.	5	4	3	2	1
9. Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos.	5	4	3	2	1
10. He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades.	1	2	3	4	5
11. Uso el condón en mis relaciones sexuales.	5	4	3	2	1
12. Tengo relaciones sexuales sin usar condón.	1	2	3	4	5
13. La última vez que tuve relaciones sexuales con una pareja esporádica usé el condón.	5	4	3	2	1
14. Generalmente llevo un condón conmigo.	5	4	3	2	1
15. Llevo un condón conmigo en este momento.	5	4	3	2	1
16. Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto.	5	4	3	2	1
17. Llevo más de un condón conmigo.	5	4	3	2	1
18. Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo.	5	4	3	2	1
19. Cuando tengo sexo con mi novio (a) no uso condón.	1	2	3	4	5
20. He usado el condón femenino o he tenido sexo con una mujer que lo ha usado.	5	4	3	2	1

Apéndice I

Carta de Consentimiento Informado

Título del proyecto: Modelo de autodeterminación para la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia

Autor/Estudiante: MCE. Nancy Rodríguez Vázquez

Director de Tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Introducción y objetivo del estudio. El presente estudio se está realizando en esta escuela en personas adolescentes de 18 a 19 años de edad para relacionar la motivación del adolescente para la prevención del embarazo en esta etapa. Tu participación y los resultados obtenidos son para fines científicos y para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es relacionar la motivación del adolescente para la prevención del embarazo en esta etapa. Por lo que te invitamos a participar contestando algunas preguntas. A continuación, se te explicará el estudio y el procedimiento, esta información ayudará a decidir si deseas participar en este estudio.

Descripción del estudio/procedimientos. La dirección de la institución educativa en la que estudias autorizó realizar el estudio aquí. Se invitará a todas las personas que tengan entre 18 y 19 años de edad y que estén en el aula al momento de la aplicación de los cuestionarios. Hasta completar un mínimo de 587 participantes.

Si deseas participar se te pedirá que firmes este consentimiento informado. Se te aplicaran nueve cuestionarios sobre métodos anticonceptivos, la comunicación sexual con tus padres, amigos y novio(a) o pareja sentimental, sobre tus metas en la vida, la motivación que tienes para prevenir un embarazo y sobre tu habilidad y conocimientos para la prevención del embarazo. Dichos cuestionarios se llenarán dentro de tu escuela con una duración de 30 a 45 minutos, por lo cual se buscará que la participación no interfiera con tus clases y actividades importantes.

La información que proporcionas será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas científicas, pero se realizará de manera grupal, tu nombre ni datos

de identificación aparecerán en estos. Aun firmando este consentimiento, podrás retirarte en el momento que lo desees.

Riesgos del estudio. No existe ningún riesgo al participar en la investigación, sin embargo, en caso de que te sientas incómodo durante el llenado de los cuestionarios, podrás suspender y posteriormente continuar participando cuando lo desees, sin afectar tus derechos ni tu situación académica.

Beneficios esperados. No hay ningún costo para participar en este estudio y si aceptas participar estarás colaborando para desarrollar estrategias en la prevención del embarazo en la adolescencia, sin embargo, no existe un beneficio económico para tu participación, por ello la decisión de que participes es voluntaria y no te afectará con ninguna institución.

Compromisos del investigador. Los cuestionarios serán guardados por 12 meses y luego serán destruidos. En caso de que surjan dudas antes, durante y después de la participación serán aclaradas, o bien comunicarte a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) al teléfono 83488943.

Firma: _____

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Testigo 1: _____
Dirección

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Testigo 2: _____
Dirección

Fecha: _____
Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha: _____
Día / Mes / Año

MCE. Nancy Rodríguez Vázquez

Apéndice J

Consentimiento Informado Adaptado para la Modalidad en Línea

Título del proyecto: Modelo de autodeterminación para la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia

Autor/Estudiante: MCE. Nancy Rodríguez Vázquez

Director de Tesis: Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Hola:

Estás invitado (a) a participar en nuestro estudio "Modelo de autodeterminación para la conducta sexual de prevención del embarazo en la adolescencia" realizado en personas de 18 y 19 años de edad para relacionar la motivación para la prevención del embarazo en esta etapa.

Te tomará aproximadamente 25 minutos completar los cuestionarios. Tu participación es completamente voluntaria y anónima. Los resultados obtenidos son para fines científicos y para obtener mi grado de Doctor en Ciencias de Enfermería. Si no te sientes cómodo (a) al responder alguna pregunta, puedes retirarte de la encuesta en cualquier momento.

Si tienes preguntas sobre la encuesta, puedes comunicarte con Nancy Rodríguez Vázquez al 8123676658 o por e-mail nanssy_rdz@hotmail.com O comunicarte a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 83488943.

Muchas gracias por tu tiempo y apoyo.

Si aceptas participar, te pido que hagas clic en el siguiente botón:

☐

Sí, acepto

Resumen Autobiográfico

MCE. Nancy Rodríguez Vázquez

Candidata para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE AUTODETERMINACIÓN PARA LA CONDUCTA SEXUAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Biografía: Nació el 16 de Agosto de 1988, en la ciudad de Torreón, Coahuila. Hija del Sr. Juan Roberto Rodríguez Ramírez y de la Sra. Liliana Vázquez Ríos.

Educación: Licenciatura en Enfermería, por la Universidad Autónoma de Coahuila (2015), y Maestría en Ciencias de Enfermería, por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2016-2018).

Experiencia Profesional: Profesora en la Universidad del Papaloapan UNPA (2014-2015). Docente de campo comunitario de Licenciatura en Enfermería UNPA (2014). Docente clínico de prácticas de Licenciatura en Enfermería en el Hospital General de Zona No. 3 IMSS (2015). Docente clínico de prácticas de Licenciatura en Enfermería en el Hospital General de Tuxtepec Amigo del Niño y de la Niña (2015). Enfermera general en el Hospital Zambrano Hellion (2015-2016).

Publicaciones: Rodríguez-Vázquez, N., Moreno-Monsiváis, M. G., & Hernández-Torres, J. L. (2020). Teoría de la autodeterminación y su relación con la conducta sexual de riesgo en adolescentes: una revisión sistemática. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 20(2).

Rodríguez-Vázquez, N., Moreno-Monsiváis, M. G. (2021). *Self-determination model for sexual behavior to prevent adolescent pregnancy: A mid-range theory*. Editorial: Nova Science Publishers, Chapter 7, 131-157.

Hernández Torres, J.L., Rodríguez Vázquez, N., Martínez Cervantes R., Cárdenas Cortés, A.M., Gómez-Melasio, D. A., & Trujillo-Hernández, P. E. (2021). Impact of the use of sexual material and online sexual activity during preventive social isolation due to COVID-19. *Salud mental*, 3(43).

Hernández Torres, J.L., Benavides Torres, R.A., Quiroz Guerra. A.R., Martínez Cervantes R., Cárdenas Cortés, A.M., & Rodríguez Vázquez, N. (2020). *Adaptation and exploratory factor analysis of the questionnaire errors/problems in the male condom use (CUES)*. Editorial: Nova Science Publishers, Chapter 5, 63-79.

Estancias de investigación: Universidad Nacional de Colombia en Bogotá (Febrero-Abril 2020). Universidad Autónoma de Coahuila, unidad Saltillo (Junio 2017).

Asociaciones y Membresías: Miembro del Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha.

Reconocimientos: Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la UANL (2018-2021)

Correo Electrónico: nanssy_rdz@hotmail.com